

Année 1909

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 10 Juin 1909 à 1 heure

TROUBLES PSYCHIQUES

DANS

LE GOITRE EXOPHTALMIQUE

PAR

Louis DALMAS

Interne des Asiles de la Seine

<i>Président :</i>	M. GILBERT BALLE	}	<i>Professeurs.</i>		
<i>Juges. . .</i>	MM. RAYMOND				
	ALB. ROBIN			}	<i>Agrégés.</i>
	CARNOT				

PARIS

Librairie Médicale & Scientifique

Jules ROUSSET

1, rue Casimir-Delavigne et 12, rue Monsieur-le-Prince

1909

100

Année 1909

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 10 Juin 1909 à 1 heure

TROUBLES PSYCHIQUES

DANS

LE GOITRE EXOPHTALMIQUE

PAR

Louis DALMAS

Interne des Asiles de la Seine



Président :	M. GILBERT BALLE	}	Professeurs.
Juges. . . }	MM. RAYMOND		
	ALB. ROBIN		
	CARNOT		

PARIS

Librairie Médicale & Scientifique

Jules ROUSSET

1, rue Casimir-Delavigne et 12, rue Monsieur-le-Prince

1909

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. LANDOUZY.
Professeurs.....	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale.....	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale.....	DEJERINE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.....	PIERRE MARIE.
Opérations et appareils.....	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....	HARTMANN.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	GILBERT.
Médecine légale.....	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée.....	N.
Clinique médicale	ROGER.
Maladies des enfants.....	HAYEM.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	DIEULAFOY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques...	DEBOVE
Clinique des maladies du système nerveux.....	LANDOUZY.
Clinique chirurgicale.....	HUTINEL.
Clinique ophtalmologique.....	Gilbert BALLET.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GAUCHER.
Clinique d'accouchements.....	RAYMOND.
Clinique gynécologique.....	DELBET.
Clinique chirurgicale infantile.....	QUENU.
Clinique thérapeutique.....	RECLUS.
	SEGOND.
	de LAPERSONNE.
	ALBARRAN.
	PINARD.
	BAR.
	Ribemont-Dessaignes.
	POZZI.
	KIRMISSON.
	Albert ROBIN.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	COUVELAIRE.	LANGLOIS.	NICLOUX.
BALTHAZARD.	CUNEO.	LAUNOIS.	NOBECOURT.
BRANCA.	DEMELIN.	LECENE.	OMBREDANNE.
BEZANCON (Fernand)	DESGREZ.	LEGRY.	POTOCKI.
BRINDEAU.	DUVAL (Pierre).	LENORMANT.	PROUST.
BROCA (André).	GOSSET.	LOEPER.	RENON.
BRUMPT.	GOUGET.	MACAIGNE.	RICHAUD.
CARNOT.	JEANNIN.	MAILLARD.	RIEFEL.
CASTAIGNE.	JEANSELME.	MARION.	SICARD.
CLAUDE.	JOUSSET (André).	MORESTIN.	ZIMMERN.
	LABBE (Marcel).	MULON.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE
ET A MA MÈRE

A MA SOEUR
ET A MON BEAU-FRÈRE

A MA TANTE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT BALLEZ

Professeur de Clinique des maladies mentales à la Faculté de Médecine

Chevalier de la Légion d'Honneur.

AVANT-PROPOS

La notion du rôle des glandes à sécrétion interne dans l'économie, quoique d'origine très ancienne, fut longtemps considérée comme négligeable ; ce n'est que depuis les premières conceptions théoriques de Brown-Séquard que l'on commença à en soupçonner l'importance. L'opothérapie timide d'abord, essayée dans de mauvaises conditions, puis avec des procédés plus perfectionnés, permit de se rendre compte de l'action des glandes internes sur les phénomènes somatiques, un peu plus tard son action sur les phénomènes mentaux fut démontrée par la guérison de certains myxœdémateux, chez lesquels on pouvait suivre pas à pas, l'amélioration parallèle de l'état physique et des phénomènes psychiques et assister ainsi à une transformation complète de la personnalité.

Lorsque le trouble dans la sécrétion glandulaire interne se produit chez un individu âgé, les troubles mentaux revêtent une autre allure que chez l'enfant, en raison des acquisitions antérieures et du développement de la personnalité ; tous ces troubles psychiques sous l'influence de perturbations fonctionnelles des glandes à sécrétion interne doivent être rangés dans le cadre

des psychoses d'origine toxique dans l'immense majorité des cas.

Les affections du corps thyroïde méritent le premier rang parmi les affections des glandes à sécrétion interne; sans entrer dans les théories physiologiques il est permis de penser que la glande thyroïdienne joue un rôle important dans la neutralisation de certains poisons et surtout des poisons dûs à l'absorption de substances carnées; les expériences ont montré que les carnivores sont beaucoup plus sensibles à la thyroïdectomie que les herbivores; chez les chiens, comme en témoignent les expériences, la survie est nulle si l'on soumet les animaux au régime carné, elle est beaucoup plus longue s'ils sont mis au régime du pain et du lait.

Quels que soient les poisons destinés à neutraliser la sécrétion thyroïdienne, il n'en est pas moins vrai que deux entités morbides sont de plus en plus considérées comme dues à des modifications de cette sécrétion, ce sont d'une part le goître exophtalmique et d'autre part le myxœdème.

Nous sommes encore loin de cet âge d'or où l'on pourrait prévenir et guérir les maladies mentales soit en empêchant, soit en neutralisant l'auto-intoxication. Cependant, on ne saurait nier les réels progrès accomplis dans cette voie depuis ces dernières années; la méthode expérimentale ne nous a pas encore donné en médecine mentale des résultats bien probants, mais nous avons pour nous la méthode d'observation, dont les données plus certaines et moins variables doivent être pour nous un précieux encouragement.

Nous avons divisé en quatre parties cette étude de l'état mental dans le goître exophtalmique.

Dans le premier chapitre nous passons en revue les travaux déjà nombreux qui ont paru sur ce sujet et nous montrons en même temps les conceptions diverses des auteurs sur cet état mental.

Dans le second chapitre, nous avons passé en revue la pathogénie du goître exophtalmique, afin d'essayer de saisir les relations qui peuvent exister entre cette pathogénie et l'apparition des psychoses.

Les modifications du caractère, de l'intelligence et de la volonté et les psychoses proprement dites sont étudiées dans le troisième chapitre.

Le pronostic et le traitement font l'objet de la dernière partie.

Tel est le plan général de cette thèse. Mais avant d'en aborder l'étude, qu'il nous soit permis d'adresser l'expression de notre respectueuse gratitude aux maîtres, qui, durant le cours de nos études médicales, nous ont aidé de leurs conseils.

Nous remercions vivement M. le docteur Magnan, membre de l'Académie de médecine, médecin en chef de l'admission (Asile Sainte-Anne), dont nous avons l'honneur d'être l'interne.

MM. les docteurs Rey, Journiac, Leroy, Truelle ont été pour nous un guide précieux pendant la durée de nos études et nous ont toujours témoigné une grande bienveillance. M. le Docteur Dromard, a été pour nous un maître et un ami ; qu'il nous permette de lui dire notre reconnaissance pour les témoignages d'affectueux intérêt que nous avons reçus de lui.

M. le Professeur Gilbert Ballet nous a fait le grand honneur de présider notre thèse ; nous l'en remercions vivement.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

BASEDOW, en 1840, décrivant la maladie qui devait porter son nom, note l'inquiétude et l'apathie des malades.

Trousseau, dans ses cliniques, accorde une grande place dans l'ensemble symptomatique de la maladie de Basedow aux troubles psychiques et leur attribue une grande valeur comme moyen diagnostique. Il dépeint ces malades comme versatiles, irascibles et d'une exigence qui ne trouve d'excuse que dans la maladie. Il cite l'exemple d'un malade atteint de maladie de Basedow et qui présenta dans le cours de la maladie un délire très prononcé.

Bruch, à la même date, signale la coexistence du goître exophtalmique avec l'hystérie.

MACDONNELL publie la première observation de vélanie dans la maladie de Basedow. Il parle d'une femme de 22 ans, qui fut prise de palpitations, de battements du corps thyroïde et d'accidents cérébraux maniaques.

Paul (*Berlin. Klin. Wochensch.*, no 27, 1865) publie

l'observation d'une fille de 23 ans, qui, à la suite d'un refroidissement, vit ses règles supprimées. Presque en même temps, elle tomba dans un état de prostration, de mélancolie ; quelques semaines plus tard, apparurent les symptômes classiques de la maladie de Basedow.

GEIGELL, en 1866, au cours d'une longue étude sur la maladie de Basedow, rapporte l'observation d'un malade atteint de goître exophtalmique et d'aliénation mentale, mais il ne cherche pas à établir les liens qui unissent la névrose aux troubles psychiques observés chez son malade.

MOREL-MACKENZIE, en 1868, rapporte l'observation d'une jeune fille ayant un goître exophtalmique avec paroxysmes maniaques.

SOLBRIG, en 1871, a observé une malade âgée de 42 ans qui fut prise en même temps de goître exophtalmique avec impulsions irrésistibles à tuer ses enfants, et qui guérit complètement en moins d'une année. Quinze jours après le rétablissement de cette femme, son fils âgé de 8 ans, à la suite de surmenage intellectuel, fut atteint subitement de la maladie de Basedow et dix jours plus tard il était complètement guéri.

La même année, MEYNERT publie l'observation d'une jeune fille de 17 ans, chez laquelle, à la suite d'un violent chagrin, apparurent simultanément les symptômes de la maladie de Basedow et une agitation maniaque des plus intenses : « Le cas, dit-il, démontre que le désordre intellectuel, peut reconnaître pour cause l'hypérémie cérébrale et que les troubles dans l'innervation vaso-motrice jouent un rôle capital dans la production de la folie ».

DELASIAUVE, en 1874, communique à la Société médicale des hôpitaux l'observation d'une femme qui, atteinte de goître exophtalmique et épileptique, présente des désordres cérébraux très accentués. « Faut-il, dit Delasiauve, rapporter au goître exophtalmique une part des désordres psychiques dont souffre la malade ! Je me contente d'énoncer cette question. »

En 1875, ROBERTSON publie en Angleterre l'observation d'une malade qui fut prise d'agitation maniaque cinq mois après l'apparition des premiers symptômes du goître exophtalmique et succomba peu de jours après. Pour Robertson, il est incontestable que, dans ce cas, les troubles mentaux dépendaient de la même cause que le goître exophtalmique.

Le 15 mars 1876, à la Société de psychiatrie de Berlin, BÆTTGER communique l'observation d'une femme qui, peu de temps après l'apparition des premiers signes du goître exophtalmique, fut prise d'excitation maniaque avec hallucinations. Dans la même séance, Noetel, cite le cas d'une femme chez laquelle au cours d'un goître exophtalmique survint une mélancolie anxieuse ; au bout de quelques jours, la mélancolie guérit et les symptômes basedowiens s'amendèrent.

JUNG, à la même date, publie l'observation d'un cas de goître exophtalmique et de manie, où l'amélioration des signes physiques amena l'appel des troubles mentaux.

Au mois de décembre 1877, Cane publie en Angleterre l'observation d'une femme qui, à la suite de violents chagrins occasionnés par la mort de son mari, fut prise en même temps de goître exophtalmique et de trou-

bles psychiques. La malade présenta des alternatives de manie et de mélancolie et fit plusieurs tentatives de suicide .

SAVAGE fait paraître en 1882, un mémoire contenant trois observations où le goître exophtalmique était accompagné d'accidents maniaques avec mélancolie. Il pense que dans ces trois cas les troubles psychiques sont fortuitement associés à la maladie de Basedow.

RENDU (article « Goître exophtalmique » du Dictionnaire de Dechambre), cite une femme basedowienne qui voit d'abord une foule d'objets lumineux vagues, mais qui bientôt prirent des formes humaines ; plus tard des hallucinations de l'ouïe se sont jointes aux hallucinations visuelles.

En 1887, COLLINS publie l'observation d'une malade chez laquelle, au cours de la maladie de Basedow survinrent des désordres cérébraux : mélange d'excitation maniaque et de dépression mélancolique avec idées mystiques, idées de persécution. Les troubles psychiques disparurent au bout d'un mois laissant la maladie de Basedow dans le même état qu'avant leur apparition.

LANDOUZY (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 1886), publie l'observation d'un homme chez lequel tous les accidents qu'il a eus dans l'enfance (rougeole, angine, morsure d'un chien), avaient occasionné un délire violent et qui, par la suite, présenta des symptômes de Basedow, avec manie.

En 1889, CLARCKE (*Amér. Journ. of Insan.*), publie l'observation d'un individu aliéné depuis 20 ans lorsqu'il fut atteint de maladie de Graves et une autre ob-

servation d'une femme atteinte depuis plusieurs années de maladie de Graves, qui commença à devenir très irritable, puis elle eut une atteinte de manie aiguë, avec idées délirantes. Clarke attribue la folie au goître exophtalmique.

BÆDECKER (*Charité Annalen*, 1889), publie quatre observations de Basedowiens, qui, au cours de leur maladie présentèrent des troubles cérébraux divers et il attribue ces troubles à une psychose nettement définie et indépendante de la maladie de Basedow.

BALL (*Leçons sur les maladies mentales*, 1890), attribue parmi les folies névropathiques, une place à part à la folie du goître exophtalmique. Le plus souvent, c'est de la mélancolie avec agitation, souvent accompagnée d'hallucinations de la vue et de l'ouïe ; d'autres fois, c'est de la manie aiguë avec agitation. Il insiste sur le rôle que joue l'hystérie dans la production de ces troubles mentaux, mais il est convaincu qu'indépendamment de toute névrose, la maladie de Graves peut produire des troubles intellectuels.

PETER dans ses cliniques, cite la cas d'une femme très ambitieuse atteinte de maladie de Basedow, améliorée par l'hydrothérapie ; puis, son mari ayant échoué à la députation, elle resta privée de la raison pendant trois mois. Pour lui « les goitreux exophtalmiques sont placés sur les frontières de la folie ». Tous ces malades sont des agités ; ils sont irascibles, présentent des troubles de caractère « un degré de plus et ils deviennent fous par exagération de leur trouble cérébral antérieur ».

M. GILBERT BALLET (*Bull. Soc. méd. hôp.*, 1890), présente une malade hystérique qui fut atteinte de maladie de Basedow, avec hallucinations et idées de persécution

Cherchant la signification nosologique du délire de persécution, M. le Professeur Gilbert Ballet, attribue les hallucinations à l'hystérie et trouve dans l'état d'esprit particulier des Basedowiens l'élément secondaire indispensable à l'hallucination pour aboutir au délire de persécution. « L'hystérie crée l'hallucination, la maladie de Basedow se l'approprie et s'en sert pour réaliser les idées de persécution ».

M. RENAUT de Lyon, publia l'observation d'une malade chez laquelle des idées de persécution se sont développées parallèlement à la maladie de Basedow. Cette malade n'avait aucun antécédent, ni héréditaire, ni personnel, elle ne présentait aucun stigmate d'hystérie. On est bien forcé de rapporter ce délire aigu à une poussée dans les symptômes du goître exophtalmique. « Il existe une relation directe et de cause à effet entre le délire de persécution et la maladie de Basedow.

JOFFROY (*Ann. méd. psych.*, 1890), à propos d'une malade atteinte de maladie de Basedow et de mélancolie, conclut de la façon suivante :

« Les modifications si fréquentes du caractère dans la maladie de Basedow, pourraient prendre dans certains cas une intensité telle qu'elles créent une véritable folie se présentant plus généralement sous la forme de mélancolie ou sous celle de manie, la manie et la mélancolie étant dans ces cas symptomatiques de la maladie de Basedow.

D'autre part, la maladie de Basedow peut se développer chez des malades atteints antérieurement d'aliénation mentale et provoquer l'exacerbation ou la réapparition des troubles psychiques. Dans ce cas, la folie

ne peut être considérée comme symptomatique de la maladie de Basedow, mais constitue une seconde affection surajoutée à la première.

Chez les prédisposés et en particulier chez les hystériques, avec idées de tristesse, de frayeur ou d'hypochondrie, la maladie de Basedow, se complique facilement de troubles mentaux appartenant à la fois à deux états morbides, à l'hystérie et au goître exophtalmique, sans qu'on puisse rattacher la folie uniquement à l'hystérie, ni à la maladie de Basedow.

En avril 1890, à la Société médicale des Hôpitaux, Joffroy présente l'observation d'une jeune fille à la fois hystérique et Basedowienne, qui avait des hallucinations hypnagogiques. Avant l'apparition du goître, la malade avait eu peur d'un chien enragé et depuis qu'elle était atteinte de goître exophtalmique, elle voyait fréquemment en rêve le même chien et l'hallucination persistait après son réveil.

SÉGLAS (*Ann. méd. psych.*, 1890), publie l'observation d'une femme atteinte de mélancolie qui essaya deux fois de s'asphyxier avec ses enfants. Elle présenta peu après de la tachycardie et de l'exophtalmie, mais sans goître. M. Vigouroux constata la diminution de la résistance électrique, ce qui entraîna le diagnostic de maladie de Basedow. Ceci est très important, car, d'après Séglas, la mélancolie s'accompagne d'habitude d'une augmentation de la résistance électrique.

JACQUIN (Thèse Montpellier 1891) admet l'existence de troubles psychiques toxi-thyroïdiens et il pense que les troubles psychiques de la maladie de Basedow sont tellement particuliers qu'ils pourraient servir à diagnos-

tiquer la maladie. Il reconnaît que certains délires reconnaissent pour cause une prédisposition héréditaire marquée, mais que le goître exophtalmique est capable de créer une aliénation mentale de toutes pièces, aliénation qui survient par le fait de troubles profonds de la nutrition que le goître exophtalmique entraîne avec lui ou par les crises épileptiformes qu'il détermine.

BÆTTEAU (Thèse Paris, 1892), divise en deux groupes les troubles mentaux du goître exophtalmique : 1^o Ceux qui sont des simples altérations de l'état psychique du malade : troubles du caractère, de la volonté et qu'il rattache à la neurasthénie ; 2^o les vésanies qu'on peut rencontrer dans la maladie de Basedow et qui en sont complètement indépendantes.

Ce sont deux affections différentes évoluant sur un même terrain, gardant leur autonomie et leur caractère propre. Le facteur étiologique qui joue le rôle prépondérant dans la production de ces délires est l'hérédité nerveuse.

MM. RAYMOND et SÉRIEUX (Congrès de Blois, 1892) attribuent à la dégénérescence mentale la déséquilibration psychique, les idées obsédantes, les impulsions et certains délires que l'on rencontre chez les Basedowiens. « Il n'y a pas, disent-ils, de psychose propre au goître exophtalmique ; il y a en réalité association au goître exophtalmique de psychoses distinctes et autonomes. » Il y a lieu, d'après eux, d'opérer le démembrement de ces symptômes psychiques au profit des espèces morbides auxquelles ils doivent être restitués ». Une certaine partie a pu être rattachée à la neurasthénie, à la manie, à l'épilepsie, au délire alcoo-

lique, etc. Un groupe important est étroitement lié à la dégénérescence mentale, que démontrent les antécédents héréditaires des malades, leur état antérieur, leurs stigmates physiques et psychiques, et enfin la forme de leurs accès délirants.

GUIDENBERG (*Messager. de psych. et de Neur.* du Dr Mierjewski, 1893), passant en revue les différentes opinions émises sur la question des troubles vésaniques, dans la maladie de Basedow pense que, aucune des opinions, prise à part, n'est suffisante pour expliquer tous les cas que présente la clinique. Il cite deux observations dont chacune se rapporte à une hypothèse différente : l'une d'elles confirme la théorie de Raymond et Sérieux et une autre lui est complètement opposée.

KRONTHAL (*Berlin. Klin. Wochenschr.*, 1893), publie l'observation d'une jeune fille de 12 ans, prise presque en même temps de goître exophtalmique et de troubles psychiques. Il insiste sur la rareté de la maladie de Basedow chez l'enfant puisqu'il ne peut en citer que 12 cas, mais il croit que chez eux les troubles psychiques sont plus fréquents qu'on ne l'admet en général.

BRUNET (Thèse Paris, 1893), essaie de prouver que toutes les fois que des troubles mentaux surviennent au cours de la maladie de Basedow, on trouve dans leur délire tous les caractères des délires des dégénérés.

HIRSCHL (*Jahrb. f. psych.*, 1893), rassemblant tous les cas publiés jusqu'en 1893, en trouve 43 seulement. Il rapporte 6 cas de la Clinique du Professeur Kraft-Ebing : quatre manies et deux états d'angoisse intense. L'hérédité nerveuse était prononcée dans 5 cas et il

cite l'observation d'un père aliéné dont la femme qui était goitreuse, procréa trois enfants atteints de maladie de Basedow. Tandis que la plupart des cas publiés jusqu'ici concernent des femmes, ceux de l'auteur sont des hommes en majorité (4 hommes et 2 femmes).

C'est aux changements qui s'opèrent dans la circulation artérielle du cerveau qu'il faudrait, d'après Hirschl, attribuer ce fait que le trouble mental associé au goître exophtalmique se traduit le plus souvent par un état d'excitation et d'inquiétude.

BUSCHAN (*Leipzig u. Wien.*, 1894) à cause de la prédominance des formes maniaques et mélancoliques dans les psychoses qui se joignent à la maladie de Basedow et aussi vu les simples altérations mentales qui l'accompagnent généralement, est d'avis que ces changements psychiques font partie de la maladie de Basedow.

MARZOCCHI et ANTONINI (*Annali di Neurologia*, 1893), admettent une folie basedowienne par l'influence que la glande thyroïde a sur le fonctionnement du système nerveux central. Elle est produite par un produit toxique que la glande ne peut plus détruire.

SOUKHANOFF (*Revue neur.*, 1896), publie deux nouvelles observations. Dans l'une d'elles, le goître exophtalmique et la psychose, la mélancolie, se sont déclarées simultanément, et le mal nerveux a donné une empreinte particulière au trouble mental.

AUSTIN (Thèse de Lyon, 1897), pense qu'il existe une relation de cause à effet entre le bon fonctionnement de la glande thyroïde et les facultés psychiques. Les troubles mentaux dans le goître exophtalmique sont

d'origine thyroïdienne. Il publie une observation où les troubles mélancoliques et physiques, ont guéri par l'énucléation d'une poche kystique du corps thyroïde.

DEVAY (*Archives de Neurologie*, déc. 1897, p. 491), publie une observation de maladie de Basedow compliquée de mélancolie qui fut guérie par le traitement thyroïdien.

RAYMOND (*Journal de médecine interne*, 1902), publie un nouveau cas de maladie de Basedow chez une héréditaire dégénérée, ce qui vient à l'appui de sa théorie sur les rapports du goître exophtalmique et des vésanies.

TRAUBMANN (Thèse Paris, 1903), admet que la maladie de Basedow, crée les troubles mentaux dans certains cas, et qu'il n'existe qu'une simple association dans les autres.

DROMARD et LEVASSORT (*Archives de Neurologie*, janvier, 1906,), admettent la dégénérescence comme cause commune de la maladie de Basedow et des troubles mentaux.

PARRHON et MARBE (*Encéphale*, 1906, p. 459), rapportent l'observation de deux basedowiennes avec troubles psychiques caractérisés par du délire onirique, et admettent que cette dernière est capable par elle-même de produire les troubles mentaux.

LAIGNEL-LAVASTINE (« Des troubles psychiques par perturbation des glandes à sécrétion interne ». Congrès des aliénistes et neurologistes, août 1908). Après

avoir passé en revue les psychoses observées dans les syndromes d'excitation thyroïdienne, conclut que les troubles psychiques de la maladie de Basedow sont d'origine thyroïdienne et que certaines de leurs psychoses sont toxi-thyroïdiennes.

MM. MAGNAN et JUQUELIER (*Bulletin de la Société clinique de médecine mentale*, janvier 1909), citent le cas d'une basedowienne avec délire panophibique, hallucinations visuelles, relevant des habitudes alcooliques de la malade.

CARRIER (*Encéphale*, 1908, p. 386), publie deux observations nouvelles : la première a trait à un malade dont le goître exophtalmique a apparu à 16 ans et les troubles mentaux à 26 ans. Les symptômes mentaux ont évolué pendant six mois, mais ont disparu progressivement, sans apporter une modification appréciable à la maladie de Basedow. La seconde est celle d'un malade atteint d'hallucinations de l'ouïe avec idées de persécution et troubles de la sensibilité générale. Les troubles mentaux et les hallucinations ont complètement disparu après quatre mois d'internement. A ce moment, on constate une légère diminution du corps thyroïde, mais les autres symptômes basedowiens persistent : la tachycardie est encore de 140.

Il ressort de cet historique que les avis sont très partagés sur la pathogénie des troubles mentaux observés chez certains malades atteints de goître exophtalmique.

On peut classer en trois catégories les opinions qui ont été émises à ce sujet :

Pour certains auteurs, les troubles psychiques et la

maladie de Basedow n'ont aucun rapport entre eux ; ils lui sont simplement associés et cette association n'est jamais que le fait du hasard. Ces troubles psychiques doivent être rattachés soit à des névroses marchant de pair avec le goître exophtalmique, soit à des causes prédisposantes que l'on retrouvera dans l'hérédité.

Pour d'autres, la dégénérescence mentale héréditaire est le terrain sur lequel viendraient à la fois se greffer psychoses et goître exophtalmique.

Enfin, pour les derniers, les troubles psychiques doivent être rattachés à la maladie de Basedow et sont sous sa dépendance immédiate. Le goître exophtalmique crée l'aliénation mentale de toutes pièces et on n'en peut trouver ailleurs la cause déterminante.

CHAPITRE II

PATHOGÉNIE

La symptomatologie du goître exophtalmique a été rapidement et solidement établie du jour où l'affection a été connue ; mais il n'en est pas de même de sa pathogénie, qui pourrait peut-être donner la clef des troubles psychiques liés ou associés à la maladie de Basedow ; c'est pourquoi nous pensons qu'il n'est pas inutile de passer rapidement en revue les diverses théories émises de cette pathogénie.

Pendant longtemps, le goître exophtalmique fut considéré comme une névrose pure et simple au même titre que la neurasthénie et que l'hystérie ; dans les traités classiques, il est encore décrit, côte à côte, avec elles.

Plus qu'aucune autre affection nerveuse, la maladie de Basedow a suscité des recherches précises ; on en a cherché la cause dans le bulbe, dans le système sympathique tout entier ou dans sa portion cervicale. Mais, depuis les expériences déjà anciennes qui ont mis en lumière le rôle de la glande thyroïde en pathologie, cet organe a été accusé d'être l'agent principal des accidents. Le

rapport de M. BRISSAUD et les discussions qui eurent lieu au Congrès de Bordeaux en 1895 reflètent la variété des idées émises à cette époque et montrent déjà nettement posés les termes du problème pathogénique. La cause initiale de la maladie est-elle dans le système nerveux ou dans l'appareil thyroïdien ? Est-ce l'influx nerveux qui détermine le trouble sécrétoire ou est-ce le trouble sécrétoire qui modifie le fonctionnement du système nerveux ? L'hésitation était déjà grande à cette époque : depuis il semble que la théorie glandulaire ait gagné du terrain.

« Aujourd'hui, dit LAIGNEL-LAVASTINE, l'exaltation « d'une partie au moins des fonctions thyroïdiennes est « tellement admise par la généralité des auteurs, que le « terme d'hyperthyroïdie est consacré par l'usage a- « près les travaux classiques de P. Main, Ballet et Enri- « quez, Mocbius, Bécère etc., et MALGRÉ L'OPINION DE « GLÉY, cette façon de voir prédomine, comme le montre le récent travail de SCORDO et FRANCINI, qui opposent diamétralement le syndrome de Basedow au myxœdème ». On note chez ces malades des symptômes de même ordre, mais d'aspect bien différent. Chez la Basedowienne on trouve une tumeur thyroïdienne, de la tachycardie, une peau moite et chaude, tandis que chez la myxœdémateuse une palpation minutieuse ne révèle aucun vestige du corps thyroïde ; le cœur est ralenti et bat faiblement ; la peau est sèche, dure épaissie par l'hypertrophie du tissu cellulaire sous-cutané et froide. De plus la première malade est agitée, ne peut rester en place, a besoin de mouvement ; l'autre peut rester immobile toute la journée et paraît redouter tout exercice.

JOHNSTON avait déjà noté cet antagonisme et il opposait le myxœdémateux au corps thyroïde atrophie, aux habitudes frileuses, aux téguments froids et bouffis, au parler lent, à l'intelligence endormie, au Basedowien sans cesse en mouvement, aux sueurs profuses, qui se plaint de chaleur, qui est maigre, dont le pouls est rapide, dont l'état mental a pour note principale l'hyperexcitabilité.

Il est intéressant, à ce propos, de citer le cas de Doyen concernant une malade qui, guérie par la thyroïdectomie, se donna une nouvelle crise de suffocation, de palpitations et d'exophtalmie en se soumettant d'elle-même à la médication thyroïdienne intempestive.

La théorie thyroïdienne fait dépendre la maladie d'un trouble dans le fonctionnement du corps thyroïde.

Comme preuve à l'appui, on invoque : les altérations constantes du corps thyroïde, alors même que cet organe n'est point le siège d'une hypertrophie apparente ou réelle ; le fait du développement du syndrome basedowien chez des malades porteurs depuis longtemps d'un goître simple ; les faits de persistance du thymus, interprétée comme un phénomène de suppléance.

Presque tous les symptômes de la maladie de Basedow ont été réalisés expérimentalement par M. le professeur Ballet et Enriquez. Il nous semble que ces faits probants montrent quel rôle important ce trouble fonctionnel peut jouer dans la maladie qui nous occupe.

M. le professeur Ballet et Enriquez ont essayé de réaliser l'hyperthyroïdisation par trois procédés différents :

la greffe, l'ingestion, et les injections d'extraits glycérines préparés selon la formule de Brown-Séquard et d'Arsonval. Ils ont réussi à reproduire un certain nombre de symptômes de la maladie de Basedow (tachycardie, exophtalmie, élévation de la température, amaigrissement, diarrhée).

Indépendamment de la reproduction de la plupart des symptômes du goître exophtalmique par l'hyperthyroïdisation expérimentale, M. Ballet et Enriquez par l'injection à distance d'extrait thyroïdien produisirent une réaction inflammatoire des plus vives dans la glande et ils concluent qu'il y a là un phénomène d'élection assez curieux semblant indiquer que la fonction physiologique antitoxique de la glande thyroïde s'accomplit dans l'organe lui-même et non dans le courant sanguin.

La démonstration peut être plus formelle encore, puisqu'il existe dans la science quelques rares exemples de la maladie de Basedow produite par le thyroïdisme alimentaire.

Un des cas appartient à M. Bécclère. Nous le réservons.

OBSERVATION I.

Une femme de 31 ans présentant tous les symptômes du myxœdème, ingère en une fois, par erreur, la dose relativement énorme de huit lobes de corps thyroïde de mouton (12 grammes environ). Après cette unique ingestion, le pouls et la température s'élèvent passagèrement au-dessus de la normale, puis demeurent plus élevés qu'avant le traitement,

mais sensiblement égaux cependant à ceux d'un sujet sain, tandis que pendant treize jours on observe une dëmyxœdë-misation progressive. Plus tard, on lui redonne huit autres lobes plus petits que les premiers (8 grammes), et on élève progressivement cette dose de 8 grammes à vingt grammes. Elle arrive ainsi en une semaine à ne pas absorber moins de 72 grammes de glandes thyroïdes fraîches. La semaine suivante, elle ingère en une fois une nouvelle dose de 20 grammes.

Aux phénomènes myxœdémateux qui s'atténuent et disparaissent, succéda alors l'apparition de symptômes nerveux en premier lieu, la tachycardie. On note, en outre, l'élévation de la température, l'insomnie, l'agitation la polyurie, l'albuminurie, la paraplégie incomplète, la sensation de chaleur, la sudation exagérée.

La malade a encore présenté du tremblement du bras, tremblement, il est vrai, très passager, uniquement provoqué à l'occasion d'un effort.

Au plus fort de l'intoxication thyroïdienne, M. Bécère et tous ceux qui ont vu la malade, ont noté une saillie des yeux dont la sclérotique était beaucoup plus apparente que les jours précédents et surtout un éclat du regard tout à fait analogue à ce qu'on observe chez les sujets atteints de goître exophtalmique.

OBSERVATION II.

Maladie de Basedow aiguë artificielle d'origine thyroïdienne.

Préchar vor nothafft, Centrabl. f. innere méd. 1 avril 1898.

in Thèse PLAIGNARD, Montpellier, 1898.

Il s'agit d'un homme de quarante-quatre ans, bien portant, sans antécédents névropathiques, qui, pour maigrir, se sou-

mit à un traitement par des tablettes anglaises de thyroïdine. Il en prit pendant environ cinq semaines; il prenait trois fois par jour trois tablettes d'abord, puis jusqu'à quinze. A la fin de la troisième semaine apparurent des signes de thyroïdisme : toux sèche, augmentation rapide du cou, exagération de la soif, dyspnée, palpitations, faiblesse, insomnie ; battements des artères cervicales perçues par le malade, sueurs.

Il existait de l'exophtalmie, du tremblement, on ne sentait pas d'hypertrophie thyroïdienne ; les carotides et les humérales battaient fortement ; il y avait 120 pulsations ; la langue tremblait beaucoup.

On suspendit la thyroïdine et l'amélioration se montra au bout de 10 jours. Le goître et l'exophtalmie ne disparurent que lentement.

Pourtant à mesure que les sécrétions internes étaient mieux étudiées, les troubles dans les fonctions des organes qui y président apparaissaient plus nombreux et l'on en vient à se demander si l'origine du goître exophtalmique ne pouvait pas être cherchée dans d'autres glandes que la thyroïde. Les uns remarquaient les symptômes basedowiens accompagnant les modifications de la fonction ovarienne, (puberté, ménopause, troubles menstruels ; les autres, frappés de la persistance du thymus dans les autopsies, mettaient en cause cet organe à physiologie problématique. Enfin, la coexistence de certains syndromes d'origine pituitaire ou surrénale avec le goître exophtalmique amenait les observateurs à soupçonner la participation possible de ces glandes dans l'éclosion des phénomènes morbides. La découverte des connexions étroites qu'offre la glande thyroïde avec les groupes glandulaires parathyroïdiens contribua encore à compliquer le problème de la pathogénie du goître exophtalmique.

C'est qu'en effet cette maladie apparaît de plus en

plus, non comme une entité morbide, mais comme un syndrome d'origine complexe, dont la dissociation n'est point encore faite. Pour la plupart des auteurs (1), le fait intéressant, c'est, avant tout, l'hyperthyroïdisme. Maintenant, il est logique de penser que la cause qui produit cette exagération fonctionnelle n'est pas une.

Chez la femme, dit Alaize (*loco citato*), toute une école fait de cette hypersécrétion l'aboutissant obligé d'une insuffisance ovarienne ou le retentissement fréquent de quelques lésions utéro-ovariennes. Les moins affirmatifs se contentent de faire valoir les rapports de coïncidence qui existent entre la maladie de Basedow et les processus génitaux, les accidents gynécologiques (2)

a) L'étude des fonctions antagonistes thyro-ovariennes permet de comprendre les ruptures qui peuvent survenir dans l'équilibre fonctionnel des deux glandes. PARRHON et GOLSTEIN (*loco citato*), ont montré le parallèle qu'on peut établir entre l'hyperproduction thyroïdienne et les phénomènes d'insuffisance ovarienne. Les deux processus ont une symptomatologie comparable : vaso-dilatation, bouffées de chaleur, tachycardie. La thyroïde exerce une action d'arrêt sur la menstruation. On trouve chez des basedowiennes de l'aménorrhée, de la dysménorrhée. L'aplasie génitale dans le goître exophtalmique a été signalée par Fischer.

b) Les rapports marqués du goître exophtalmique et des grands processus génitaux sont intéressants à connaître. Lorsque la maladie s'installe en pleine puberté,

(1) ALAIZE. Th. Montpellier, 1906.

(2) JOUIN. Revue de Psychiatrie. 1896, p. 323.

(3) MOREAU. Thèse Paris, 1899.

(4) PARRHON ET GOLSTEIN. Archives générales de médecine, 1905 p. 142.

l'aménorrhée et le retard de l'instauration menstruelle, ne sont pas rares. Aux époques menstruelles, la basedowienne a ses fonctions génitales troublées ; la dysménorrhée, la suppression complète même des règles font partie du complexe symptomatique de l'affection.

Dans l'état opposé, (le myxœdème), l'inverse se produit : les ménorragies sont fréquentes. Les relations entre le goître exophtalmique et la grossesse sont manifestes (MOREAU). Tantôt la grossesse exagère la maladie, quand celle-ci préexiste, tantôt elle l'améliore. On a vu le goître simple se transformer en véritable goître exophtalmique à la faveur d'une grossesse. Dans une observation de DELAÛNAY, la maladie de Basedow est apparue à l'âge critique. Nous rapporterons plus loin trois observations de mélancolie anxieuse chez des basedowiennes, apparues à la ménopause. Chez une de nos malades (observation X), la succession des phénomènes fut la suivante : ménopause précoce, hyperthyroïdie, mélancolie anxieuse.

c) Les relations de la maladie avec des accidents gynécologiques et des altérations utéro-ovariennes sont à remarquer. Dans plusieurs cas, le traitement d'une affection des organes génitaux évoluant en même temps que le goître exophtalmique a eu un heureux effet sur sa marche. L'étude des rapports qui unissent le syndrome basedowien à la pathologie utérine a été faite par JOUIN ; « il conclut à l'antagonisme des fonctions de l'ovaire et de la thyroïde ».

d) Enfin, on a pu émettre l'hypothèse que la maladie de Basedow était liée à l'insuffisance ovarienne. Les motifs d'une telle supposition sont uniquement basés sur : 1° la connaissance des rapports que la maladie

paraît avoir avec quelques phénomènes d'ordre utéro-ovarien; 2^o la connaissance certaine de l'antagonisme utéro-ovarien. Et ce dernier ordre de faits seul légitime à bon droit la théorie ovarienne de quelques goîtres exophtalmiques chez la femme. MOREAU, après JOUIN, conclut nettement à un rôle hypothétique de l'insuffisance ovarienne, dans la production des phénomènes basedowiens. Selon lui, chez la femme, ils sont liés à une hypersécrétion de la thyroïde, ou, ce qui revient au même, à une insuffisance ovarienne, ou mieux encore « à un défaut d'équilibre entre les deux au profit de la thyroïde et aux dépens de l'ovaire ». Nous sommes finalement, en admettant le rôle du déficit ovarien, ramenés au point de départ : l'hyperthyroïdisme.

Nous citerons avant de finir les deux cas dans lesquels un syndrome basedowien avec des troubles mentaux très accentués a été observé dans des conditions presque expérimentales à la suite de l'ingestion de grandes quantités de glandes thyroïdes. Ces cas sont de nature à jeter une vive lumière sur la pathogénie des troubles mentaux observés dans la maladie de Graves.

OBSERVATION III

Maladie de Basedow avec troubles psychiques provoqués par l'ingestion de corps thyroïdes en excès. BOINET. Revue Neurologique, 1899, p. 364.

Charles A., étudiant en pharmacie, âgé de 24 ans, n'a pas d'antécédents héréditaires nerveux. Son père, ingénieur très intelligent, est mort d'une maladie de cœur, sa mère, ses frères et ses sœurs sont bien portants, lui-même n'est ni syphilitique, ni alcoolique ; il ne s'est jamais surmené. La seule affection dont il ait été atteint, est une dermatite

exfoliatrice généralisée. Les squames étaient larges, épaisses et tombaient en abondance. Cet état inspirait une certaine répulsion à ses camarades ; il était l'objet de quolibets incessants. Je lui conseille de prendre chaque jour un corps thyroïde de mouton cru, haché en fine pulpe. Sous l'influence de ce traitement, cette dermatite s'améliore assez vite et le malade cesse toute ingestion de corps thyroïde. Au bout d'un an, cette dermatite exfoliatrice reparaît avec une nouvelle intensité. A l'insu de tous, le malade absorbe, trois fois par jour, de deux à trois corps thyroïdes de mouton. Pendant huit jours, le boucher du quartier lui avait fourni clandestinement, chaque matin, une dizaine de corps thyroïdes environ. Une semaine après le début de cette hyperthyroïdisation, en dehors de toute affection aiguë pouvant donner lieu à du délire, des troubles psychiques intenses éclatent assez brusquement. Il ne peut rester en place, il change de siège et d'appartement à chaque instant, il tient ses croisées hermétiquement fermées, dans la crainte que des individus imaginaires ne le voient et ne viennent le trouver ; il se croit poursuivi par les gens qu'il rencontre dans la rue, il se figure que les passants et ses camarades le ridiculisent, et se moquent de lui. Il refuse toute boisson, tout aliment, il se déshabille et essaye de fuir tout nu. On est obligé de le retenir de force, de le barricader dans sa chambre, où il se promène en criant, en menaçant. Parfois il est agressif, et, lors de ma première visite, il était sur le point de se jeter sur moi. Il parle sans cesse avec incohérence. Ces troubles psychiques persistèrent 4 à 5 jours avec cette intensité. Puis le malade devient plus calme ; il se croyait toujours persécuté. Il racontait qu'il aimait une jeune fille dont sa timidité l'éloignait ; et me priait en pleurant d'aller la demander en mariage. Sa mère affirmait que cette histoire était inventée de toutes pièces.

Cette intoxication thyroïdienne déterminait, en outre, un tremblement des doigts, à caractère basedowien très net, de violentes palpitations, une augmentation notable du volume du corps thyroïde. Seule l'exophtalmie manquait. Ce syndrome basedowien ne s'était manifesté qu'après l'abus de corps thyroïde. Ce malade n'avait jamais habité un pays à goîtres.

Un séjour à la campagne est conseillé ; mais les troubles psychiques basedowiens durèrent encore quelques semaines ;

il fuit tout déshabillé, on doit le poursuivre pour l'arrêter et on est obligé de le faire rentrer, malgré lui.

Après un mois et demi de repos, le malade paraît guéri au point de vue mental ; les signes de basedowisme ont disparu simultanément ; une anémie considérable persiste cependant et l'amélioration coïncide avec une nouvelle poussée de dermatité exfoliatrice. Il absorbe alors en secret six à huit corps thyroïdes de mouton, par jour. Au bout d'une semaine, sa mère s'aperçoit avec angoisse que les phénomènes psychiques et les troubles basedowiens déjà décrits réapparaissent. Elle met alors le malade dans l'impossibilité de se procurer du corps thyroïde et l'amélioration survient au bout d'une dizaine de jours.

Le second cas fut observé par FERRANINI : une femme de trente ans, à cause d'une obésité, prit chaque jour de six à huit tablettes contenant chacune 0,25 centigrammes d'extrait thyroïdien. Sous l'influence de ce traitement, le pouls monta à 100-150 pulsations par minute. Elle eut des tremblements, de la diarrhée alternant avec la constipation, enfin une confusion mentale hallucinatoire. Le tout disparut par la cessation du traitement.

Ainsi, le suc thyroïdien absorbé à trop fortes doses, est capable de produire des phénomènes d'intoxication rappelant les principaux symptômes du goître exophtalmique.

Cette intoxication peut se traduire par des troubles psychiques du délire, des psychoses comme ceux résultant des poisons exogènes.

Il faut retenir de ces faits que l'intoxication thyroïdienne médicamenteuse peut donner naissance à des troubles psychiques qui revêtent la forme habituelle des psychoses d'intoxication, en un mot qu'il existe des psychoses toxi-thyroïdiennes expérimentales. La ressemblance de ces psychoses toxi-thyroïdiennes expérimentales avec les troubles psychiques des basedowiens permet de penser que ceux-ci sont sous la dépendance d'une intoxication thyroïdienne.

PARRHON a étudié un état psychaténique chez une jeune fille épileptique, soumise au traitement thyroïdien, disparaissant par la cessation du traitement et réapparaissant par sa reprise.

OBSERVATION IV

(*Revue neurologique*, 1908, p. 6).

Il s'agit d'une jeune fille de 13 ans, dont le père qui a absorbé des boissons alcooliques, présente des phénomènes neurasthéniques, surtout des céphalalgies. La mère de la malade est très maigre. Un frère de cette dernière aurait présenté entre 14 et 17 ans des attaques identiques avec celles dont est atteinte notre malade. Deux autres frères de la malade ne présentent rien d'anormal.

Les attaques dont celle-ci est atteinte auraient débuté vers 10 ans. Elle a été menstruée un an plus tard. En 1906, elle a été opérée pour des végétations adénoïdiennes ce qui d'ailleurs n'a nullement influencé l'évolution ultérieure de sa maladie.

C'est une jeune fille un peu trop développée pour son âge. La menstruation a débuté assez tôt (à 11 ans). Elle dure de 3 à 5 jours, se répétant d'habitude régulièrement, bien que parfois elle ne vienne qu'après 5 ou 6 semaines et d'autres fois après seulement trois semaines.

Elle a été vue par un de nous pour la première fois, il y a à peu près trois ans et soumise à un traitement bromuré. Sous l'influence de doses plutôt grandes de bromure, les attaques sont devenues plus rares. En revanche, on remarque que la fillette présente une certaine apathie ; elle apprend mal ses leçons, sa mémoire semble diminuer. Mécontents de ces résultats, et ayant en vue certains troubles, tels que les végétations adénoïdiennes, qui, pour Hertoghe, indiquent une tare hypothyroïdienne, nous décidâmes d'essayer l'opothérapie thyroïdienne. Elle commença ce traitement le 14 septembre, en prenant chaque jour une cuillerée à café d'une

macération glycinée de corps thyroïde, dose qui correspond à un gramme de glande fraîche.

Le corps thyroïde examiné ce même jour se montre agrandi, mais d'une consistance molle, même flasque ; 90 pulsations par minute.

18 Septembre. — L'un de nous revoit la malade. Elle a eu dans l'intervalle du 14 au 18 septembre, sa menstruation qui n'avait rien présenté d'anormal ; 78 pulsations. On augmente la dose de corps thyroïde (2 cuillerées à café par jour). Vue de nouveau le 23 septembre, par l'un de nous, elle est trouvée amaigrie ; 100 pulsations.

28 Septembre. — Elle est encore plus maigre ; 120 pulsations.

1^{er} Octobre. — Léger mouvement fébrile. Elle a eu une absence, est indisposée. Le pouls est petit et toujours fréquent. On suspend le traitement.

4 Octobre. — La malade a beaucoup maigri ; aussi a-t-on dû rajuster ses habits ; 90 pulsations.

On reprend le traitement, mais avec moins d'une cuillerée à café de macération glycinée.

8 Octobre. — 86 pulsations. Elle a un peu engraisé. Ses parents ont remarqué qu'elle est beaucoup plus vive, qu'elle apprend plus facilement, qu'elle est plus active. Sommeil et appétit bons.

17 Octobre. — 78 pulsations. Etat général bon.

26 Octobre. — Une absence et deux courts accès convulsifs dont l'un avec morsure de la langue et émission de quelques gouttes d'urine. Elle reprend la dose d'une cuillerée à café par jour, qu'elle supporte maintenant très bien sans maigrir ou présenter une accélération notable du pouls.

Le traitement est interrompu chaque mois pendant la menstruation.

Sous l'influence de ce traitement, on remarque une diminution assez évidente des accès dont la durée est plus courte. Avec le traitement bromuré intensif, elle a eu 20 accès, dans

l'intervalle de 57 jours, tandis que pendant 91 jours de traitement thyroïdien, elle n'a eu que seulement 15 accès. Ceux ont diminué donc de plus de la moitié.

Au mois de mars 1907, après un traitement thyroïdien de presque six mois, on observe certains troubles psychiques. La malade devient d'une humeur inégale ; elle ne veut pas sortir de la maison certaines fois. D'autres fois, elle est indisposée, triste. De plus, on remarque, l'apparition d'un état psychasténique des plus caractéristiques. Elle présente des phobies et des obsessions. Elle a peur qu'on veuille l'empoisonner et à cause de cela a peur de manger. Elle a encore l'obsession de la saleté, ce qui l'oblige à laver ses mains, avec du savon jusqu'à 40 fois et même plus par jour. Elle se demande avec anxiété, si telle ou telle de ses connaissances a encore un cœur dans son corps ou non et demande ces choses à sa mère. De plus, elle est obsédée par l'idée qu'elle n'aime plus cette dernière et sent le besoin de le lui dire et quand la malheureuse mère lui demande pourquoi elle ne se tait pas, la malade répond qu'elle se sent soulagée en le lui faisant connaître.

C'est la détente caractéristique de l'état anxieux qui accompagne toutes les obsessions.

Le 28 avril, on suspend le traitement thyroïdien pendant cinq semaines et on soumet seulement la malade à un traitement par les bains tièdes.

Tous les troubles psychiques disparaissent et la malade rit elle-même du fait qu'elle pouvait être tourmentée de « pareilles sottises » (*sic*).

Mais le 8 juin, on recommença le traitement thyroïdien avec une demi-cuillerée à café chaque jour et après quelques jours les idées obsédantes recommencent. La malade se lave de nouveau continuellement et présente les idées semblables à celles citées plus haut.

Pourtant ces troubles sont moins intenses que la première fois.

C'est dans cet état que l'un de nous l'a trouvée le 24 juin, quand il l'a vue la dernière fois. La mère de la malade pose d'elle-même la question s'il n'existe pas un rapport entre les troubles psychiques de la malade et le traitement thyroïdien, car ces troubles ont recommencé quelques jours après la reprise du traitement.

En résumé, il s'agit d'une jeune fille ayant une certaine prédisposition héréditaire et qui, au cours d'un traitement thyroïdien a vu apparaître un état psychasténique des plus caractéristiques qui disparaît par la cessation du traitement thyroïdien et qui réapparaît avec la reprise de celui-ci.

Il nous semble résulter que la glande thyroïde administrée à des doses un peu trop fortes, est capable de produire, même en l'absence d'un terrain dégénératif évident, des troubles psychiques des plus manifestes. Les cas de Boinet, de Ferranini, le démontrent suffisamment et la conclusion qu'on peut en tirer, c'est que « l'hyperthyroïdie par thyroïdisme alimentaire est susceptible de déterminer un syndrome basédownien » avec troubles psychiques ».

CHAPITRE III

Avec M. LAIGNEL-LAVASTINE, nous distinguerons immédiatement les modifications psychiques qui font partie intégrante des syndromes de Basedow et les psychoses multiples et variées qu'on peut observer chez les basedowiens.

L'ETAT PSYCHIQUE HABITUEL DES BASEDOWIENS

Nous décrirons dans ce chapitre les troubles psychiques simples qui sont un des symptômes les plus constants et les plus caractéristiques, à tel point qu'on a pu dire qu'il n'y a pas de maladie de Basedow sans troubles psychiques.

Dans sa description du goître exophtalmique Basedow (1840), notait déjà les changements que cette affection détermine dans le caractère des malades et notamment leur irritabilité, l'état d'excitation qui leur est habituel et il remarquait que ces sujets, avec leurs allures brusques, leur physionomie étrange, sont souvent regardés comme des fous par les gens du monde.

Depuis lors, tous les auteurs ont insisté sur les altérations du caractère présentées par ces sujets.

C'est surtout « le caractère des malades qui est le

plus altéré » : ils deviennent irascibles, ingrats, très exigeants, difficiles à vivre ; ils s'emporent au moindre retard, à la plus légère contradiction ; ils ne sont jamais satisfaits et jamais reconnaissants. Ils passent sans transition de la gaieté la plus enthousiaste à l'amertume et au découragement.

En général, ils présentent une activité insolite, un besoin de déplacement, une mobilité, une instabilité qu'on ne leur connaissait pas. ; une indéfinissable agitation les tourmente ; ils ne tiennent pas en place et changent à tout instant de besogne. De taciturnes et réservés, on les voit devenir loquaces, parler avec une volubilité singulière, s'exciter en parlant.

Parfois les troubles s'accroissent : les malades ont une aversion subite pour des personnes de leur entourage immédiat, par exemple, un mari, un enfant, une sœur, aversion que rien ne justifie parfois ou que des causes futiles n'auraient point dû provoquer. Cette aversion est du reste changeante comme le caractère même des malades. Elle s'exagère à certaines périodes, par exemple au moment des crises ou des règles et s'atténue sensiblement à d'autres moments.

La malade qui fait l'objet de notre observation, frappait son mari et menaçait ses enfants ; la malade G..., de l'observation XI, avait mis à la porte de la maison paternelle sa fille aînée.

La dépression, la tristesse sont plus rares ; les malades continuellement préoccupés de leur maladie, deviennent taciturnes, gardent un mutisme permanent, mais dans la plupart des cas, les phénomènes d'excitation, d'irritabilité, d'instabilité sont si constants que

TROUSSEAU (1), disait : « *La maladie de Basedow est une colère perpétuelle.* »

Maude (2) a observé vingt personnes atteintes de goître exophtalmique et il a chez toutes trouvé des troubles psychiques. Toutes avaient de la faiblesse irritable avec ses conséquences multiples (colères, soupçons, frayeurs, insomnies, déséquilibre prolongé au moindre choc etc.), puis cette instabilité particulière que RUSSEL REYNOLD a appelé une *chorée des idées* ; les idées se succèdent si rapidement qu'elles s'entrechoquent et se confondent en simulant l'incohérence. Aucun de ces malades n'avait de stigmates d'hystérie.

Les malades ont en outre de l'insomnie qui entretient et aggrave cet état d'excitation ; leur sommeil est troublé par des cauchemars qui les réveillent en sursaut.

JOFFROY insiste en ces termes sur les altérations du caractère au début du goître exophtalmique : « Le malade est inquiet, souvent en proie à une activité exagérée et cependant incapable d'un travail méthodique ou d'un effort cérébral prolongé. Et si un certain nombre de malades semblent affectés et jusqu'à un certain point déprimés par leur maladie, d'autres paraissent agités. De sorte que déjà dans les premières modifications imprimées au caractère des malades par le goître exophtalmique, on retrouve une forme avec excitation et une forme avec dépression.

A côté de ces altérations de l'affectivité on peut observer certains troubles purement psychiques sur lesquels maints auteurs ont particulièrement insisté (3).

(1) TROUSSEAU. Leçons cliniques.

(2) MAUDE. *Bril. méd. Journ.*, 1893.

(3) PILLET-TOUET. Thèse de Paris, 1893.

Ces troubles sont d'ordre psychasténique. C'est une impossibilité absolue de fixer l'attention, une diminution notable de la volonté.

Dans presque tous les cas, « on observe de l'affaiblissement de la mémoire » : les malades confondent, brouillent les détails ; ils ne se rappellent plus le lendemain ce qu'ils ont fait la veille ; ils relisent plusieurs fois quelques lignes, sans pouvoir ensuite se souvenir ce dont il s'agit dans ces lignes.

Les malades ont conscience de cet affaiblissement de la mémoire. Notre malade de l'observation XIII, nous faisait remarquer d'elle-même que sa mémoire était moins fidèle.

Boëtteau rapporte le cas d'une malade qui ne se rappelait pas, étant à l'hôpital, le numéro du lit qu'elle occupait. Une institutrice très intelligente et d'un bel avenir présentait au début d'un goître exophtalmique, un tel affaiblissement de la mémoire qu'elle ne pouvait se rappeler comme auparavant, au moment précis où cela lui était nécessaire, le passage des écrivains auxquels elle faisait allusion dans ses cours ; elle conservait encore assez bien le souvenir des faits historiques, mais se souvenait mal des dates.

Charcot et Westphal signalent des malades chez lesquels la mémoire est si affaiblie qu'ils ne se rappellent absolument rien et que même toute lecture devient impossible, car ils oublient ce qu'ils viennent de lire quelques lignes auparavant.

A côté de cet affaiblissement de la mémoire, on note fréquemment la fatigue rapide de l'intelligence et com-

me conséquence une diminution considérable de la volonté. Une malade que cite Bøtteau ne pouvait penser sans fatigue; suivre une idée était pour elle une souffrance intolérable et elle ne répondait que par des monosyllabes aux questions qui lui étaient adressées. Certains malades se plaignent d'une violente céphalalgie frontale, dès qu'ils essayent de faire une lecture un peu prolongée; ils sont obligés d'abandonner inachevé tout travail commencé et se laissent aller facilement à l'inertie. Le plus souvent ils se rendent parfaitement compte de leur état, car ils font part aux médecins de l'état de vacuité de leur cerveau.

Cette inertie les amène à une aboulie à peu près complète qui contraste avec leur manière d'être antérieure : alors qu'ils étaient énergiques, courageux, fermes, il leur devient impossible de se décider, de prendre une résolution ferme, de surmonter la moindre difficulté.

Gombault cite le cas d'une malade qui était arrivée à une telle indifférence qu'elle se plaignait qu'on lui accordât les soins les plus élémentaires, qu'on l'obligeât à boire, à manger, à se lever pour permettre de faire son lit.

Notre malade D... de l'observation 11 en était arrivée à négliger tous les soins de son ménage; elle abandonnait à eux-mêmes ses enfants, les laissait courir dans la rue, ne préparait point le dîner de son mari qui fut obligé de manger au restaurant.

En résumé, dit DUTIL (1), l'habitus mental du Basedowien peut être caractérisé d'une façon générale par

(1) DUTIL, *Traité de pathologie mentale* de M. G. Ballet, p. 131

ces termes : émotivité extrême, irritabilité, instabilité mentale.

Ces troubles nous paraissent constituer dans l'ordre psychique de véritables stigmates de la maladie; ils ne font pour ainsi dire jamais défaut et mériteraient presque de prendre place à côté des symptômes cardinaux du goître exophtalmique.

LES PSYCHOSES CHEZ LES BASEDOWIENS

Essayons maintenant de voir dans quels rapports se trouvent les troubles mentaux avec le syndrome basedowien et l'altération du corps thyroïde dans les observations publiées par les auteurs.

Dans les 43 cas réunis par HIRSCHL, toutes les formes de folie sont représentées (manie, mélancolie, paranoïa, folie du doute, paralysie générale).

SAINTON (1) les range en quatre groupes : agitation maniaque, mélancolie, obsession et hallucinations

Il nous a semblé utile de grouper les faits d'après le trouble psychique prédominant.

CONFUSION MENTALE ET MALADIE DE BASEDOW.

Dans l'étude des troubles psychiques observés chez les Basedowiens, il est nécessaire d'établir une distinc-

(1) SAINTON. *Encéphale*, 1906, p. 244.

tion entre la confusion mentale, qui n'est qu'un accident passager et les diverses formes d'aliénation mentale qui constituent, au contraire, des psychoses chroniques à évolution bien déterminée. Reconnaissons toutefois qu'il n'est pas toujours facile de tracer une ligne de démarcation entre ces deux états.

Cependant, il est possible de réunir un certain groupe de faits dans lesquels les troubles psychiques liés à la maladie de Basedow ne présentent ni la marche, ni l'aspect d'une véritable vésanie.

Dans un certain nombre de cas, le délire paraît être provoqué par l'intoxication dont le point de départ se trouve dans un trouble du fonctionnement de la glande thyroïde et dont l'action se manifeste directement sur les centres corticaux.

RENAUT (de Lyon) cite l'observation d'une malade chez qui, après enquête très minutieuse, on n'a constaté aucune maladie nerveuse proprement dite; elle ne présente aucun stigmate suspect au point de vue de l'hystérie; il n'y a aucune espèce d'affection cérébrale chez les ascendants. Dans le cours d'un goître exophtalmique dont elle est atteinte, éclate un délire aigu avec vagues idées de persécution et impulsions irrésistibles telles qu'à la sortie de l'hôpital, la malade se jette dans le Rhône. Puis, après quelques mois, tout rentre dans l'ordre au point de vue mental, en même temps que les symptômes du goître exophtalmique s'atténuent rapidement.

Il paraît difficile de contester dans le cas qu'il n'y ait une relation directe, de cause à effet, entre le délire et la maladie de Basedow et on peut voir dans ce cas

un délire dû à l'intoxication produite par le fonctionnement vicieux du corps thyroïde altéré.

Les observations de Boinet et Ferranini nous démontrent que l'ingestion du corps thyroïde en excès peut déterminer un accès de confusion mentale.

C'est l'opinion soutenue par RÉGIS dans son excellent Précis de Psychiatrie. Pour lui dans tous les cas observés où un délire exalté, exubérant, vaniteux, inquiet, mélancolique ou persécuté coexiste avec le goître exophthalmique, il s'agit toujours d'un accès de confusion mentale, généralement aigu, se traduisant à la fois par de l'agitation ou par des alternatives d'agitation et de dépression et par du délire hallucinatoire à type onirique très caractérisé.

Les éléments les plus fréquents de ce délire hallucinatoire sont des idées mystiques, érotiques, de persécution, (de viol, de fausse grossesse, d'empoisonnement, des hallucinations contemplatives, extatiques, professionnelles, zoopsiques, terrifiantes, génitales.)

Ces accès sont habituellement passagers, comme tous les accès de psychoses toxiques et ils disparaissent au bout de quelques jours ou de quelques semaines. Ce n'est que dans quelques cas rares qu'ils se prolongent, susceptibles de verser dans un délire chronique plus ou moins faussement systématisé.

Dans plusieurs cas les troubles psychiques ont débuté par un délire hallucinatoire à type onirique très caractérisé.

RENDU cite le cas suivant :

OBSERVATION V

Article goître exophtalmique du dictionnaire Dechambre p. 572.

Une femme atteinte de goître exophtalmique avec insomnie se plaignait de cauchemars insupportables ; il lui semblait voir une foule d'objets lumineux d'apparence vague qui, pendant la nuit s'agitaient autour de son lit ; bientôt ces objets prenaient des contours déterminés et devenaient des formes humaines ; aux hallucinations de la vue se joignaient des hallucinations de l'ouïe ; au milieu de l'obscurité elle entendait distinctement des voix qui l'appelaient et la jetaient dans dans une angoisse inexprimable. Cette malade, fort intelligente, exprimait parfaitement ses impressions successives. Au début, elle sentait qu'il s'agissait de purs cauchemars et n'y faisait point attention ; puis elle avait conscience que son cerveau se prenait et qu'elle n'avait plus d'empire sur elle-même ; le lendemain, elle était encore sous l'influence de cette idée fixe et restait persuadée qu'elle allait perdre la raison. Ces accidents durèrent une quinzaine de jours et disparurent .

Dans l'observation V de la thèse de Brunet (1), les troubles psychiques débutèrent en même temps que les premiers symptômes du goître exophtalmique. Le sommeil était très agité ; la malade avait des cauchemars terrifiants : elle voyait des loups et des chiens enragés, les membres de sa famille morts. Ces rêves l'épouvantaient à tel point que non seulement elle se réveillait en sursaut, mais que toute la journée elle restait sous leur pénible impression. Les troubles psychiques cessèrent avec l'amélioration du goître exophtalmique.

Parrhon et Marbe citent un cas où les troubles psychiques se traduisent par une irascibilité exagérée, des rêves pénibles, des hallucinations à caractère terrifiant.

(1) BRUNET. Thèse Paris, 1883.

OBSERVATION VI

(PARRHON ET MARBE. *Encéphale* 1906 p. 463).

Il s'agit d'une jeune fille de 21 ans, dont les parents ne présentent pas de manifestations pathologiques appréciables. il en a été de même pour ses grands-pères et ses grands-mères. Mais on trouve par contre, de nombreux troubles morbides chez les collatéraux de la ligne paternelle. C'est ainsi qu'une sœur du père s'est suicidée en se jetant dans l'eau. On dit qu'elle était folle. Une autre sœur présente des crises de baillements et très superstitieuse. Un frère (du père) est alcoolique, un autre bien que déjà âgé, et marié incapable d'apprendre un métier quelconque ou de trouver une occupation. C'est sa femme qui l'entretient. Celle-ci est normale, mais elle donna naissance à un monstre. Les cousins et les cousines de la malade (du côté paternel), présentent des grands stigmates de dégénérescence psychologique.

En ce qui concerne la malade elle-même, nous notons ce qui suit : son corps thyroïde s'est hypertrophié depuis huit ans. Elle a été ménstruée à l'âge de 13 ans. Les règles étaient abondantes et duraient quatre jours. C'est depuis cette époque que la malade présente des palpitations et est devenue très irritable, entrant en colère aux moindres contrariétés.

Quand elle était encore à l'école, il lui arrivait souvent d'être obligée de s'arrêter en route à cause de ses palpitations violentes. Quand elle était examinée, elle était prise de tremblement et de palpitations et l'émotion l'empêchait de répondre. De même elle ne pouvait jouer du piano à cause de l'émotion. Elle sentait sa gorge se sécher, un trouble dans les yeux, sa vue se voilait et elle ne voyait plus. La malade sentait de même comme un nœud dans la gorge qui l'empêchait de manger. Elle a suivi sans succès plusieurs traitements et en 1905, elle subit la résection bilatérale du sympathique cervical.

Dans l'observation prise par l'un de nous en 1904, nous trouvons signalés les détails suivants : le corps thyroïde est hypertrophié ; la circonférence du cou : 345 millimètres. Les amygdales sont également hypertrophiées. La malade pré-

sent une tachycardie manifesté ainsi que des palpitations violentes. Les membres supérieurs présentent un tremblement fin et à oscillations rapides.

Plus intéressants sont les troubles psychiques présentés par cette malade. Nous notons d'abord une irritabilité exagérée. La malade rentre en colère aux moindres contrariétés et adresse des paroles violentes à ceux qui l'ont fâchée. Cet état psychique s'accompagne d'une congestion du visage, d'une sensation de bouffée de chaleur qui lui monte dans la tête, ainsi que de la sensation d'étouffement. Elle présente en même temps des palpitations et un tremblement de tout son corps. Sa parole est également tremblante. Pour se calmer, elle se couche et après quelque temps, elle présente une crise de babillement qui souvent dure de quinze à vingt minutes. Dans le lit, elle se sent souvent sur le point de s'évanouir.

La malade est très ambitieuse, égoïste, malicieuse. Elle tient toujours à faire dominer ses désirs et que les autres fassent ce qu'elle veut, ce qu'elle obtient d'ailleurs facilement, car les siens cherchent à lui épargner les colères.

La malade présente encore des phobies multiples, c'est ainsi qu'elle a peur de rester seule dans une chambre, parce que quelqu'un pourrait venir la tuer ou bien quand sa sœur sort, elle a peur que cette dernière ne s'évanouisse dans la rue.

Ces phobies ont fait leur apparition il y a deux ans à la suite d'un traumatisme psychique. La malade s'est effrayée à cause de l'indisposition de l'une de ses sœurs. Elle a poussé un cri et est tombée sans connaissance. C'est depuis cet accident que la malade a commencé à présenter les phobies.

La malade présente des hallucinations visuelles. Elle voit des ombres d'hommes qui l'effrayent. Ces hallucinations sont presque continuelles et se produisent surtout quand la malade change la direction du regard ou quand un objet quelconque se déplace. Alors, la malade effrayée commence à pleurer, elle présente des palpitations. Puis le calme revient et elle se rend compte de l'irréalité de ses apparitions.

Ses rêves sont d'habitude pénibles. Elle voit des morts, elle croit se suicider ou bien elle voit des animaux qui lui font peur. Parfois elle rêve sur les événements sensationnels qu'elle a lus dans la journée.

En 1905, la malade subit la résection bilatérale du sym-

pathique cervical. L'opération fut pratiquée en deux fois.

Pendant la chloroformisation elle dit avoir vu un grand animal cornu qui lui chuchotait à l'oreille : « Que tu me donnes, que je te donne ». Elle entendit un bruit de « tic, tic ». Elle vit enfin un ciel étoilé puis s'endormit.

Après la seconde opération elle commença à avoir des crises de pleurs. Elle pleurait— dit-elle— parce qu'elle se sentait mal, comme près de s'évanouir et de suffoquer.

Après l'opération les palpitations, la sensation de chaleur, le tremblement, les crises de diarrhée qu'elle présentait de temps en temps disparurent.

Elle eut après l'opération des menstruations supplémentaires. Puis cette fonction s'est améliorée. Les règles tiennent trois jours (au lieu de quatre) et ne sont plus douloureuses.

En ce qui concerne l'état psychique, celui-ci ne s'améliora pas au moins d'une façon notable après l'opération. Pendant les deux premiers mois qui suivirent celle-ci la malade se sentait poussée à casser, à briser les objets, mais elle s'arrêtait avant de le faire. En même temps elle continuait à présenter des rêves pénibles à contenus semblables à ceux déjà signalés. Elle présentait encore des hallucinations psychomotrices.

Elle sentait un ver qui partant de l'abdomen lui montait vers le dos, puis dans dans la tête et qui lui disait : « Donnez-moi à manger ». La malade se mettait alors à manger, mais la voix ne se taisait pas.

Elle présentait aussi des hallucinations visuelles terrifiantes. Elle voyait un bouc qui la menaçait avec les cornes et montait même sur elle. Elle luttait avec lui, le repoussait mais il revenait et ainsi de suite. La malade effrayée commençait à pleurer et s'en allait chez sa mère mais elle ne présentait plus les palpitations.

Elle présente encore les phobies. C'est ainsi qu'elle se demande parfois avec angoisse si quelqu'un des siens ne vient pas de succomber. Elle a peur que si les hallucinations présentes disparaissent, d'autres viennent les remplacer. Elle continue encore à présenter une grande émotivité.

Un jour en retournant chez elle, elle eut la sensation que sa tête était vide, que son corps était mou, elle ne ne se sentait plus et se secouait pour se convaincre qu'elle a encore son cœur. La malade se fatigue facilement, bien qu'elle puisse travailler longtemps si le travail est facile.

L'examen de la malade se fait difficilement. Elle n'est pas capable de fixer son attention, elle est instable et la malade ne pouvant suivre dans l'ordre le récit de sa maladie parle en même temps des faits anciens et de son état actuel.

Soukanoff dans un article paru en 1893 dans la Revue Neurologique cite un cas très intéressant de confusion mentale développé chez un dégénéré héréditaire.

OBSERVATION VII

Jeune homme, âgé de 18 ans, entré le 21 septembre 1894 dans la clinique psychiatrique de Moscou. Concernant l'hérédité les données suivantes ont été obtenues : le père et la mère du malade sont cousins germains, le père du malade était alcoolique; l'oncle et la tante paternels étaient phthisiques; l'aïeul paternel a des accès de dipsomanie et était psychopathe; l'aïeul maternel est phthisique; l'aïeule maternelle fut atteinte d'apoplexie. Frère d'esprit borné; sœur nerveuse, atteinte de strabisme marqué; grand oncle paternel atteint d'une maladie mentale de même qu'une grand'tante maternelle; de deux grands oncles maternels, l'un avait des bizarreries, l'autre est mort phthisique; deux frères de l'aïeule maternelle sont morts d'apoplexie; un des cousins maternels était phthisique, un autre alcoolique; un des cousins germains paternels est mort phthisique; les cinq cousins issus de germains maternels étaient atteints de psychose : l'un d'eux finit par un suicide, le second était idiot, le troisième débile, le quatrième avait la chorée et le cinquième avait des bizarreries; l'une des cousines issue de germain souffrit d'un goître exophtalmique, une autre fut atteinte de paralysie post-diphthérique; deux d'entre elles eurent des psychoses; trois étaient simplement nerveuses, une autre encore est morte d'une maladie de cerveau.

Le malade est né à terme. Il commença à faire ses dents dans le cinquième mois de sa vie, se mit à marcher après sa première année et commença à parler à deux ans passés. A l'âge de quatre ans il avait quelquefois le sommeil inquiet,

il s'agitait alors la nuit dans son lit, jetait des cris sans toutefois s'éveiller. C'est vers cette même époque que sa mère observa chez lui la sortie d'un cucurbitin de ver solitaire; après un remède anthelminthique qu'on lui donna alors, un ver solitaire fut expulsé :

Quand le malade fut dans sa cinquième année, il eut une inflammation de poumons; à sept ans passés il eut la rougeole et plus tard la coqueluche; à neuf ans passés il eut un typhus qui se compliqua d'une pneumonie.

Durant son enfance il était nerveux et irritable; il n'a jamais été sujet à des accès convulsifs, mais il a toujours été maladif, très sensible au froid et à la fatigue, toussait de temps en temps, transpirait abondamment; il était d'une extrême maigreur tout en ayant un bon appétit; il souffrait quelquefois de diarrhées et de temps à autre de nausées. Il apprit à lire et à écrire à l'âge de 7 ans et peu de temps après, il fut placé dans une école où il resta jusqu'à l'âge de 16 ans. Au sortir de l'école, notre malade travailla quelque temps comme teneur de livres dans un dépôt d'objets métalliques. Cette besogne (le calcul et les factures), le fatiguait beaucoup et en avril 1893 sa mère obtint pour lui un emploi dans une brasserie, et, comme il ne cessait de ressentir une faiblesse et une sorte de lassitude continuelle elle lui conseilla de boire de la bière, ce qu'il fit en en prenant une à deux bouteilles par jour.

Vers la fin de mai de la même année, il revint un jour à la maison dans un état d'excitation légère, le visage rouge, et c'est alors que sa mère remarqua pour la première fois qu'il avait un goître. Elle attesta cependant qu'il s'était plaint huit jours auparavant que les cols de sa chemise lui étaient trop étroits, mais le malade attesta plus tard que le goître se produisit en un jour. Le goître était d'abord plus grand du côté droit. Le malade commença à souffrir simultanément de palpitations de cœur. En juin, juillet et août de l'année 1893 le malade ne s'est adonné à aucune occupation. Il entra en août dans un des hôpitaux de Moscou, et le 15 septembre 1893, il fut reçu dans la clinique des maladies nerveuses de Moscou où il resta jusqu'au 12 février 1894.

A son entrée dans la Clinique des maladies nerveuses, les faits suivants ont été notés :

Le malade est de taille au-dessus de la moyenne, de constitution faible ; il a les muscles et la couche graisseuse sous-cutanée très peu développés.

L'exploration du cou du malade fait voir au niveau de la glande thyroïde une tumeur à pulsations distinctes ayant la forme de la glande.

Cette tumeur touche la clavicule du côté droit, atteint l'apophyse mastoïde en haut et va jusqu'à la moitié de la partie latérale du cou en arrière. La tumeur est un peu moins grosse du côté gauche. Les deux moitiés sont réunies par un isthme qu'on aperçoit distinctement. La tumeur n'adhère ni à la peau, ni aux muscles sterno-mastoïdiens, ni aux tissus sous-jacents. Quand on palpe la tumeur un bruissement particulier s'y fait entendre. La mensuration de la circonférence du cou a donné les résultats suivants : il y a 36 centimètres de tour au niveau du point de la colonne vertébrale qui est située vers le milieu de la partie cervicale et de la partie supérieure de la tumeur ; il y en a 38 au niveau de la portion médiane de la tumeur et 39 centimètres, au niveau de la partie inférieure ; la circonférence du cou au-dessus de la tumeur est de 32 centimètres, la pulsation des artères carotides est très marquée du côté droit ; la tumeur a une pulsation à part qui est isochrome avec les battements du cœur et les artères radiales. Pendant l'auscultation, un bruit vasculaire et sifflant se fait entendre ; ce bruit augmente constamment avec la systole du cœur.

Système nerveux. — Dans la sphère psychique, on observe une profonde dépression, qui cède la place, à de rares intervalles, quand le malade entre en conversation, par exemple, à de l'excitabilité. Alors sa parole devient rapide, et incohérente, le malade s'agite. Autrement son état mental et intellectuel n'offre rien d'anormal.

Les mouvements actifs des muscles de son visage sont normaux, à part une légère asymétrie de la bouche lorsqu'il découvre les gencives. Les prunelles sont un peu dilatées, mais à un point égal. Un léger tremblement se produit à la langue quand il la tire. Un léger tremblement se fait observer dans les extrémités supérieures ; il se traduit par de légers mouvements cloniques. Ainsi quand on fait étendre le bras au malade, sa main tremble et c'est aux doigts que

le tremblement est le plus marqué.

Les mouvements du corps sont normaux ; le malade marche régulièrement, les yeux fermés et les yeux ouverts. Le réflexe patellaire, les réflexes des muscles biceps, triceps, du tendon d'Achille, les réflexes des yeux, du ventre, du crémaster, des parois abdominales sont restés intacts et ne sont pas exagérés ; le réflexe plantaire est absent. Les troncs nerveux et les muscles ne sont pas douloureux à la pression.

L'exploration du cœur a fait constater une augmentation de sa dimension transversale. La matité commence depuis le bord inférieur de la troisième côte en haut et va, jusqu'au bord supérieur de la sixième côte en bas ; en dehors elle dépasse la ligne mamelonnaire d'un centimètre environ, et atteint en dedans le milieu du sternum du côté droit.

Le malade se plaint de palpitations de cœur ; il ressent un malaise au creux de l'estomac chaque fois qu'il a mangé ou bu et une sensation de chaleur dans la partie supérieure du corps ; il a une toux sans phtisie, mais qui lui fait expectorer beaucoup de salive.

En septembre, octobre et la première moitié de novembre aucun changement considérable ne s'opéra dans l'état de santé du malade ; il toussait souvent, transpirait abondamment, avait quelquefois le sommeil inquiet ; il était presque constamment dans un état d'agitation, se mettait souvent à parler avec volubilité en se pressant et en perdant presque haleine.

Au bout de quelque temps, le malade commença à se sentir plus calme et le sommeil devint meilleur ; il souffrit encore de temps en temps de diarrhée.

Le 11 septembre il fut pris d'une douleur au côté droit ; il eut aussi un coryza accompagné de mal de tête ; la température monta ; il fut pris en même temps d'accès de rire irrésistibles.

A la fin de cette journée, le malade pleura. Il dormit mal la nuit suivante, s'agita dans son lit, se réveilla souvent, parla d'une manière incohérente.

Depuis le 17 septembre jusqu'à son entrée dans la clinique psychiatrique, il ne se fit presque pas de changement dans l'état de la santé du malade : il restait couché tranquillement le jour, se retournait d'un côté à l'autre, la nuit soulevait ses pieds, brandissait ses bras, se mettait tantôt

à pleurer, tantôt à mugir, faisait des grimaces, demandait continuellement à boire, disait à haute voix des paroles incohérentes.

A son entrée dans la Clinique psychiatrique (le 21 septembre), les faits suivants ont été notés.

Le malade est de taille élevée, extrêmement maigre, d'une mauvaise constitution, ses muscles sont grêles et maigres. Le visage est bourgeonné. Les oreilles et les dents ont des traces marquées de dégénérescence. Le signe de Græfe se fait remarquer aux yeux.

La glande thyroïde est augmentée de volume ; quand on la palpe, un bourdonnement s'y fait entendre. La circonférence du cou au-dessus de la glande thyroïde est de 24 centimètres et de 42 centimètres à l'endroit de la plus grande saillie. La dimension du cœur est augmentée ; les contractions en sont fréquentes, jusqu'à 120 par minute. ; les pulsations du cœur sont visibles à travers le thorax. L'auscultation a fait entendre un bruit systolique très marqué. Des traces d'albumine ont été constatées dans l'urine.

Le malade est faible ; il est presque incapable de se tenir sur pied, sans aide ; il reste couché. Il a l'air de ne pas bien comprendre où il se trouve. Souvent il ne répond rien aux questions qu'on lui pose, ferme les yeux et ne regarde personne, s'irrite quand on le touche, demande souvent à boire, appelle « maman, maman ». Il se retourne souvent d'un côté à l'autre, se parle à lui-même, se couche le visage tourné contre le mur, ou en contractant les membres. Mangea fort peu le premier jour ; eut une évacuation involontaire le soir.

22 septembre. Le malade a mal dormi la nuit, a appelé sa mère, s'est parlé à lui même. La conscience est devenue plus lucide le matin. Il a commencé à retenir les noms des personnes qui l'entourent. Il ne sait pas quand il est entré dans la Clinique, ni avec qui il y est venu. Son incohérence a un caractère particulier : « Ah, bonjour, c'est vous qui avez une barbe rousse ? Qu'est-ce que c'est ? Des boutons de manche. J'ai vu une montre sur vous ; vous aviez un autre pantalon, je crois, hier. Je puis distinguer toutes les couleurs grise, verte, jaune, Paul ici a une barbe jaune : et ainsi de suite. Le malade a pu définir assez exactement le temps qu'il a passé dans la Clinique des maladies

nerveuses ; il en a nommé plusieurs médecins. Le nouvel entourage n'a presque aucune prise sur lui. Il n'a ni hallucinations, ni illusions, ni idées délirantes. Le jour suivant son incohérence eut de nouveau une empreinte assez spéciale.

Il ne parla que de ce qu'il avait sous les yeux ; tout objet attirait son attention et il faisait tout ce qu'il avait envie de faire au moment donné. Si l'envie de chanter lui venait la nuit, il se mettait à chanter ; il cessait dès qu'on l'arrêtait sans s'en formaliser aucunement. Le séjour à la Clinique ne lui semblait pas être pénible ; il n'a pas demandé à revenir à la maison et montra en général beaucoup de bon-homie. Il était d'une humeur joviale, riait souvent, ne se préoccupait guère de sa maladie, qu'il traitait avec beaucoup d'étourderie.

La conscience devint ensuite plus nette de jour en jour, il commença à s'intéresser à ce qui se faisait autour de lui ; commença à lire, devint plus retenu dans sa conduite ; cessa de chanter la nuit. Il quittait de temps en temps son lit dans la journée et marchait par la chambre en s'appuyant sur le bras de quelqu'un.

Le 28 au soir, le malade fut pris subitement d'un accès convulsif ; l'écume lui sortait de la bouche et il perdit connaissance ; le tout dura 2 à 3 minutes. Le malade revint aussitôt à lui, mais pour longtemps la lucidité de sa conscience ne fut plus la même qu'elle était avant l'accès. Sa conscience est devenue peu à peu plus claire dans le courant des jours suivants ; mais il se plaignit encore pendant quelque temps d'avoir une difficulté à penser, ainsi qu'à retenir ce qu'il avait lu. Les forces physiques lui revinrent aussi peu à peu ; il prit de l'embonpoint, commença à marcher lentement d'abord, et timidement, plus vite et plus librement dans la suite.

Durant son séjour dans la clinique, la dimension du goître oscilla légèrement, mais en somme elle garda approximativement le « statu quo ante ». Après le rétablissement de la conscience, l'exploration de la sensibilité, fit constater une légère anesthésie à droite et sur la face externe, dans la région du tiers inférieur de la cuisse et les deux tiers supérieurs de la jambe.

Quand on questionne le malade sur l'époque de son entrée dans la Clinique psychiatrique et sur ce qu'il a ressenti pen-

dant les premiers jours qu'il y a passés, il devient évident qu'il ne se rappelle pas quand et avec qui il y est venu ni ce qui lui était arrivé; la plupart des faits lui ont échappé complètement et il ne se souvient que de certaines choses. Il ne se souvient pas d'avoir vu ni entendu quelque chose qui n'existât pas en réalité et il n'a eu à cette époque aucune idée délirante. Il dit qu'il est revenu à lui graduellement et que le retour de la conscience était accompagné de sensations désagréables. Il se souvient d'avoir ressenti alors une douleur aux yeux et un serrement des tempes.

Le 12 août, le malade quitta la Clinique et vint chez lui.

La malade (G) qui fait l'objet de l'observation 8 traversa une période de confusion mentale très nette caractérisée par un délire onirique intense avant de verser dans le délire de la persécution.

Soukanoff est d'avis que dans ces cas il faut faire intervenir l'altération de la circulation cérébrale qui peut être la cause immédiate de l'affection, tandis que la dégénérescence en est une cause plus éloignée. Mais il ne faut pas, dit-il, perdre de vue que le goître est en rapport immédiat avec une affection de la glande thyroïde et que l'intoxication thyroïdienne ou mieux la saturation de l'organisme par le poison thyroïdien peut aussi intervenir comme facteur étiologique dans la production de la psychose. D'ailleurs, les folies toxiques prennent souvent la forme de la confusion mentale.

Ces quelques exemples montrent qu'il s'agit à peu près invariablement de confusion, de torpeur, d'hébété-tude, d'onirisme, de délire hallucinatoire avec excitation, anxiété. Or ces troubles psychiques sont caractéristiques d'un état d'intoxication, caractéristiques à ce point qu'ils impliquent nécessairement pour Régis ce diagnostic pathogénique. A ce propos nous ferons remarquer combien Régis a raison quand il met les observateurs

en garde contre l'erreur qui ferait admettre une intoxication alcoolique sur la simple constatation des hallucinations terrifiantes. Celles-ci existaient en effet d'une façon très nette dans notre observation et dans laquelle on ne peut nullement faire intervenir l'alcoolisme.

II

DÉLIRE DE PERSÉCUTION ET MALADIE DE BASEDOW.

La coexistence de la maladie de Basedow avec un délire de persécution systématisé ne doit pas être très fréquente. Dans les recherches bibliographiques que nous avons faites, nous avons trouvé les idées de persécutions et les hallucinations signalées dans le cas de Renault, de Dieulafoy et dans un cas de M. le Professeur Gilbert Ballet.

Dans le cas publié par Renault, il ne s'agit pas d'un délire systématisé et il nous semble même que ce cas pourrait tout aussi bien être rapporté à la mélancolie.

La malade devint sombre, craintive, se cachait contre son oreiller dès qu'on voulait l'interroger. Elle réclama la sortie sous prétexte qu'on lui en veut dans la salle, qu'on la regarde de travers. Elle se jeta dans le Rhône le jour même de sa sortie; mais sauvée par des bateliers, elle déclara plus tard qu'elle a agi sous l'influence d'une impulsion irrésistible, les chagrins de la vie lui ayant paru subitement insurmontables. Puis tous les troubles

(1) RENAUT. *Bull. de la Soc. méd. des Hôpitaux*, 1890.

psychiques s'amendèrent et ceux basedowiens s'améliorèrent d'une façon notable.

M. Dieulafoy a publié l'observation d'une malade, non hystérique, chez laquelle, à la suite d'une vive émotion, survinrent les signes principaux d'un goître exophtalmique. Admise à l'Hotel-Dieu, cette femme raconte qu'aussitôt tombée malade, elle a été en proie à des troubles psychiques des plus variés : les hallucinations de la vue et de l'ouïe se reproduisaient sous des formes multiples; elle croyait voir des hommes escalader la croisée pour pénétrer dans sa chambre; elle croyait entendre des personnes monter l'escalier et enfoncer sa porte; elle vivait dans une terreur continue. Outre les hallucinations de la vue et de l'ouïe, elle était hantée par des idées de persécution; elle se figurait que des gens se cachaient dans sa chambre pour l'assassiner; elle craignait que l'on ne mît des cartouches de dynamite sous son lit; elle se demandait si ses voisins ne cherchaient pas à l'empoisonner.

L'observation suivante a trait à une malade chez laquelle des hallucinations visuelles diverses, puis des hallucinations auditives servirent d'amorce à des idées de persécution, à un délire bien caractérisé.

OBSERVATION III

(Personnelle)

G..., Joséphine, ménagère, âgée de 58 ans, est une femme de taille ordinaire, présentant quelques stigmates de dégénérescence (front petit, oreilles mal ourlées). Dans ses antécédents héréditaires, nous ne trouvons aucun détail à si-

gnaler. Son père était menuisier et mourut à 94 ans; sa mère est morte des suites de couche. Elle sait lire et écrire et n'aurait pas présenté de maladie grave dans sa jeunesse. Elle aurait eu de nombreux ennuis; elle vivait maritalement avec un individu qui ne travaillait pas et la battait.

Entrée en mai 1907 à l'hôpital Broussais, elle est admise le 23 mai à l'asile Ste-Anne. Elle avait de l'insomnie, des cauchemars, était confuse et égarée; elle raconte avoir eu un délire onirique très intense et semble vivre dans un monde imaginaire.

Pendant une quinzaine de jours elle vit dans sa chambre des tableaux, des femmes à genoux qui priaient pour elle, des pompiers avec des écharpes rouges, des individus avec des visières; des matelas montaient et descendaient du plafond de sa chambre. Ces hallucinations visuelles persistaient pendant la journée : dans la rue elle voyait des espions, des hommes habillés en gris qui la suivaient dans les tramways, des ennemis qui voulaient l'arrêter.

Ce délire onirique continua tout le mois de juillet, époque à laquelle la malade devint plus calme; les hallucinations et les illusions disparaissaient et une amélioration de l'état mental se produisit.

A cette période de confusion mentale succède un délire de persécution basé sur des hallucinations de l'ouïe et des interprétations délirantes. G... croit que sa concierge lui a donné des médicaments pour la faire tomber malade et pour s'emparer des trois obligations du Crédit Foncier qu'elle possède; elle ne veut plus voir ses filles qui, dit-elle, se sont « encruchées », et se conduisent mal. Elle entend des voix qui l'appellent Mme Ibson (avec qui elle a vécu maritalement pendant 18 ans), on répète ses pensées et elle entend dire tout ce qu'elle fait. Elle présente aussi des troubles de la sensibilité générale et des hallucinations génitales. On l'électrise et on l'hypnotise.

Elle proteste contre son internement et demande à tout instant pour quelles raisons elle est maintenue à l'asile.

De plus elle suit difficilement un interrogatoire et pleure quand on l'interroge; elle est toujours dans une colère perpétuelle.

Au point de vue somatique, dès le début de l'internement,

On a constaté l'hypertrophie du lobe gauche du corps thyroïde, de l'exophtalmie et un léger tremblement aux membres supérieurs. G... n'a pas remarqué l'hypertrophie de son corps thyroïde et elle prétend qu'il remonte à plusieurs années.

Notre observation prouve que la période confusionnelle du début n'a été que la préface ou le point de départ d'un délire qui ne tarda pas à s'établir.

III

SYNDROME DE BASEDOW ET MANIE.

Un grand nombre d'auteurs ont signalé la coexistence de troubles maniaques avec le goître exophtalmique.

Parmies auteurs nous signalerons : Macdonnell (1), Morel-Makensie, Meynert (2), Robertson, Bøttger, Jensen, Lalhr (3), Jung, (4), Rendu, Johnstone, Landouzy, Clarke, Hirschl, Richardson.

Johnstone rapporte l'observation suivante, intéressante à plusieurs points.

OBSERVATION IX.

Goître exophtalmique. Manie aiguë. (*Journal of mental science* 1884).

Mme G..., âgée de 32 ans, entre à l'asile Royal d'Edimbourg, le 25 novembre 1881. Antécédents héréditaires nuls, à cela

(1) MACDONNELL.

(2) MEYNERT. *Psychiatr. Central*, Vienne, 1871.

(3) LALHR. *Allg. Leitsch. fur psychiatr.*, 1871.

(4) JUNG. *Allg. Leitsch. fur psychiatrie*, 1881.

près qu'elle avait un frère buveur. La malade qui n'avait pas non plus d'antécédents personnels, était d'une humeur gaie et franche.

Trois ans avant son entrée, amaigrissement, perte de forces. Quatre mois après un accouchement, son lait tarit et deux mois après, elle a une violente crise de vomissements et présente les signes d'un goître exophtalmique avec un état émotif qui l'empêche de vaquer à ses occupations.

21 septembre 1881. — Elle entre à l'Infirmière Royale d'Edimbourg, présentant un goître, de l'exophtalmie, des palpitations, des démangeaisons des jambes et un état nerveux. Elle se nourrissait bien. Céphalalgie, vertiges; elle est nerveuse et agitée en parlant, se plaignant pendant son sommeil. La moindre excitation provoque un véritable bouleversement du cœur.

20 novembre. — Lisant un journal où était décrit le cancer de l'estomac, elle exprime subitement l'idée qu'elle est atteinte de cette lésion. Cette idée la poursuit. Elle devient excitée de si violente façon qu'il faut employer des moyens de contention. Insomnie. Ne se nourrit pas du tout; constipation et vomissements verdâtres.

25 novembre. — Entre à l'asile. Etat d'excitation aiguë: Air égaré, yeux étranges, parle sans cesse d'une façon incohérente, instabilité physique, contorsions, gestes, prend tout ce qui se trouve à sa portée. Elle riait, vociférait, chantait, appelait de ses amies, par leur nom, employait des jurons et des mots obscènes. Elle était maigre, pâle, décolorée. Langue saburrale, anorexie, constipation. Les symptômes du goître exophtalmique n'ont pas changé.

Quelques semaines après l'entrée, se succèdent des moments de calme et d'agitation. Elle brise des vitres, renverse des meubles, court, déchire, jase d'une façon incohérente, Echolalie, grimaces. Elle était un ange; son mari l'avait fait interner par jalousie. Pouls, 180. Ne mange pas suffisamment, vomit souvent.

25 janvier 1882. — Amélioration dans l'état mental se traduisant par des périodes de calme plus fréquentes et plus prolongées, mais encore disposition extrême à l'irritabilité et à l'excitation. Elle est très faible, émaciée, cependant elle a meilleur appétit, moins de malaise. Température normale.

Les symptômes tels que le goître et l'exophtalmie n'ont subi aucun changement.

28 février. — Mange bien, mais ne gagne pas beaucoup en poids. L'état mental fait de grands progrès. Elle est soumise, raisonnable, cause de son état, demande si elle sera jamais mieux portante. Si on la laisse trop s'arrêter sur ces idées, la malade montre une vive excitation.

11 mars. — Perte de connaissance. Revient à elle, mais pendant un certain temps témoigne une grande confusion dans les idées; une nouvelle syncope survient sans troubles moteurs; engourdissement du bras gauche.

26 avril. — Etat mental encore meilleur. Elle a plus d'empire sur elle-même, s'excite moins facilement. Est toujours très maigre. Symptômes de la maladie de Basedow dans le même état avec des vertiges, des maux de tête et des rougeurs subites.

26 mai. — Les règles apparaissent pour la première fois depuis son accouchement. Amélioration physique et mentale nette.

23 juillet. — Deux attaques dans la nuit, dans lesquelles elle perd l'usage du côté gauche du corps. Sensation de fourmillement dans tout ce côté avec diminution de la sensibilité, au contact. Une fois remise, l'état mental est encore meilleur, elle est maîtresse d'elle et travaille beaucoup.

1^{er} novembre. — Exophtalmie et goître toujours marqués. Impulsion du cœur violente.

IV

SYNDROME DE BASEDOW ET MÉLANCOLIE.

Nombreux sont de même les cas où la maladie de Basedow se trouve associée à la mélancolie. PAUL (1),

(1) PAUL. *Berlin: Klinische Wochenschrift*, 1865.

NÖTTEL (1), SOUKHANOFF, AUSTIN, DEVAY (2), STEEN, RICHARDSON, ont publié des faits pareils .

Pour BALL, le trouble mental le plus fréquent dans le goître exophtalmique, c'est la mélancolie avec agitation accompagnée souvent d'hallucinations de la vue et de l'ouïe. Il en est de même pour Joffroy qui, dans son premier travail sur ce sujet, admet que les troubles mentaux survenant dans la maladie de Basedow se présentent plus généralement sous la forme de mélancolie.

Devay, (3), a vu un cas de mélancolie anxieuse chez un basedowien guéri par le traitement thyroïdien en même temps que les symptômes physiques du goître exophtalmique disparaissent.

OBSERVATION X

A., 45 ans, prêtre, ne présente aucun antécédent héréditaire ; sa mère a eu 12 enfants, 7 sont vivants, 5 sont morts en bas âge, de maladie indéterminée. Le malade a eu, à 14 ans, une fièvre typhoïde qui a duré deux mois et demi et a été accompagnée de délire. A 25 ans, on note une névralgie intercostale, accompagnée ou suivie (le malade ne peut préciser) de troubles de la digestion, qui était lente et pénible. Le traitement prescrit par un médecin a consisté dans une saison à Brides (Savoie).

Notre malade en revint très amélioré. L'année suivante, un retour des malaises s'améliora de la même façon. A cette époque, A., avait déjà un tremblement nerveux. De 28 à 40 ans, la santé a été relativement bonne, sauf quelques troubles de la digestion, mais à de rares intervalles.

(1) NÖTTEL *Alg. Leiséh fur Psychiatrie*, 1877.

(2) STEEN. *Journal of mental science*, p. 212, vol. LI, 1905.

(3) DEVAY. *Archives de Neurologie*, 1896, p. 490.

Depuis cinq ans, les malaises de l'estomac, quoique moindres, ont reparu sous une autre forme ; le malade ne peut rester à jeun, sans éprouver une tendance syncopale et une sensation d'angoisse fort pénible. Le malade très intelligent, prédicateur de valeur, travailleur acharné, venait d'être nommé curé d'une paroisse, où, dès le début il a été en proie à de nombreuses difficultés. Les comptes de la fabrique étaient très embrouillés ; la commune, dont une partie est française, l'autre suisse, s'était emparée, depuis de nombreuses années, des revenus de la paroisse. Notre malade a été obligé de faire des recherches dans des vieux dossiers, de plaider, etc. Les soucis, le surmenage occasionnés par ces embarras ont été excessifs. Après le gain du procès, il y a trois ans, les troubles de la digestion ont reparu cette fois très accentués. Ils consistaient en dégoût de la nourriture, douleurs au creux de l'estomac et digestions fort laborieuses ; ils étaient accompagnés d'un tremblement très accentué de tout le corps, plus marqué cependant aux membres supérieurs ; l'écriture était très altérée. L'amaigrissement avait été très rapide, 20 kilos en 3 mois. Le malade consulte alors un médecin de Genève qui lui prescrit des antiseptiques intestinaux, de la noix vomique et de la pepsine. Ce médecin remarqua la tuméfaction du corps thyroïde, à laquelle le malade n'avait apporté aucune attention et ordonne pour ce goître, une pommade iodo-iodurée qui ne fut pas employée.

Après le traitement de l'estomac, le cou avait diminué et le tremblement presque disparu ; la digestion était devenue assez facile, l'état de vacuité de l'estomac ne déterminait plus de sensation angoissante ou syncopale.

Cet état persista un an et demi.

Au mois d'août 1896, le malade éprouve de nouveau des maux d'estomac, un tremblement de tout le corps et en plus des palpitations angoissantes à accès paroxystiques et de l'insomnie. Un séjour à la montagne produisit une amélioration notable de tous ces symptômes ; cependant le malade n'avait plus la même facilité de travail ; il avait des dégoûts et déjà quelques préoccupations hypocondriaques.

En octobre, il est atteint de mélancolie simple, qui ne l'empêche pas d'exercer son ministère ; les travaux qu'il affectionnait ne sont plus pour lui qu'une cause d'ennui et quelque peu d'angoisse ; la mémoire est moins fidèle.

En décembre, les troubles mélancoliques s'accroissent ; le travail devient impossible ; le malade prend alors un congé, qu'il va passer dans sa famille. Il est anxieux et a des idées de suicide auxquelles il peut encore résister. Il est soigné par un médecin dans sa famille, pendant deux mois, sans résultat. Il est alors conduit à la maison de santé de Saint-Jean de Dieu, à Lyon. Le certificat du docteur qui l'a traité est ainsi conçu : « Est atteint de délire de persécution avec hallucinations de la sensibilité générale ».

L'attitude et la physionomie du malade, à ce moment, expriment l'anxiété et l'instabilité ; il ne peut rester en place, gémit ; l'attention est diminuée ; les idées mélancoliques sont obsédantes : aussi répond-il fort mal aux questions qu'on lui pose. Une de ses préoccupations est l'impossibilité de la guérison, il y revient à chaque instant. Cependant, à la suite de pressantes interrogations, il raconte qu'il a eu de nombreux ennuis, que tout le monde le regardait passer ; que des gens qu'il n'avait jamais vus lui disaient dans l'oreille des reproches sur sa conduite, sur la façon avec laquelle il avait conduit son procès, etc. Ces reproches continuaient la nuit. Sous l'influence de ces hallucinations et de l'insomnie, il est tombé dans un état de tristesse excessive qui lui fait désirer la mort. Les idées de persécution n'existent à peu près pas et ce qui domine c'est la lypémanie.

Examen physique. — Le lobe gauche du corps thyroïde est très augmenté de volume ; il forme une masse du volume d'une grosse mandarine. Il n'y a pas d'exophtalmie ; par contre, on note un tremblement qui présente les caractères suivants : tout le corps est animé d'un léger mouvement à oscillations verticales très rapides, les mains tremblent aussi et ce tremblement se fait sentir dans l'écriture. Le pouls est rapide, 120 à 130 par minute ; pas de palpitations. Les urines, claires et limpides, abondantes (2 litres et demi), ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Le malade se plaint de gastralgie, l'estomac est un peu dilaté ; on perçoit un clapotement qui ne dépasse pas d'un travers de doigt la ligne ombilico-costale. La constipation est habituelle et l'amaigrissement très marqué.

Le traitement prescrit est la teinture thébaïque à dose progressive depuis le 10 mars jusqu'au 10 mai, en augmentant d'un quart de centigramme par jour.

10 mai. — Le malade prend 20 centigrammes d'extrait thébaïque. A la visite du matin, il nous dit qu'il va beaucoup mieux, que son anxiété a disparu, alors que la veille il était aussi atteint que le jour de son entrée. Il nous avoue à ce moment ses idées de suicide, raconte son délire, ses illusions et ses hallucinations qui n'existent plus. La teinture thébaïque est continuée, mais à dose décroissante.

18 mai — L'état mental persiste bon. Suppression de l'opium. Le goître a le même volume ; le pouls est moins rapide (80). L'insomnie ainsi que la polyurie ont disparu.

Le malade a été pris dans la nuit de palpitations violentes avec sensation d'étouffement ayant nécessité le décubitus assis. La respiration est rapide, le corps est agité par un tremblement accentué à oscillations dans le sens de l'axe du corps ; on peut les noter même sans mettre la main sur la tête du sujet ; les mains tremblent aussi, le malade a de la peine à porter un verre à sa bouche. Le pouls est très rapide (130).

Les battements du cœur sont énergiques et irréguliers, les vaisseaux du cou sont tendus ; le goître a augmenté de volume dans de notables proportions, il est pulsatile. Œdème aux membres inférieurs. Pas d'exophtalmie. Urines : ni sucre, ni albumine. Traitement bromuré.

25. — L'état mental est bon. Persistance des accès de suffocation. Insomnie très tenace. Même état du corps thyroïde.

1^{er} juin — Traitement thyroïdien, c'est-à-dire le malade absorbe en nature le corps thyroïde du mouton ; la dose est croissante ; d'abord un lobe, puis deux, en augmentant d'un lobe tous les deux jours.

25. — Le tremblement s'atténue. Les palpitations ont disparu en même temps que le sommeil est revenu ; le corps thyroïde a repris son volume antérieur.

L'état mental est satisfaisant.

10 juillet. — Le malade sort guéri de sa psychose et de son syndrome, maladie de Basedow, conservant cependant son goître qui ne le gêne en rien.

Le goître exophtalmique, au point de vue de l'évolution, est assurément antérieur à l'éclosion de la lymanie, quoiqu'à l'époque de l'admission les symptômes en aient été très peu marqués. Deway considère cette succession de phénomènes : accès de mélancolie, maladie de Basedow, comme une forme spéciale d'un état mental propre au goître exophtalmique et il admet que la mélancolie doit être considérée comme un symptôme épisodique, aussi fréquent que la manie, de la maladie de Basedow.

OBSERVATION XI

(Personnelle).

Ménopause précoce. Hyperthyroïdie. Mélancolie anxieuse. Alternatives d'excitation et de dépression.

D., Eugénie, 45 ans, ménagère.

Les antécédents héréditaires ne présentent pas de manifestations pathologiques appréciables. Le père exerçait la profession de serrurier et mourut à 63 ans d'une affection cardiaque. Il était originaire du Dauphiné et bien que natif d'une région de goitreux, il ne présenta aucune affection du corps thyroïde. La mère est morte à 63 ans, de congestion cérébrale. Trois frères et deux sœurs, actuellement en vie, ne présentent rien d'important à signaler.

Élevée à Vincennes elle n'aurait jamais été malade pendant son enfance. Elle sait lire et écrire. Régliée à onze ans et demi, ses règles revenaient régulièrement tous les 28 jours, et duraient quatre à cinq jours. Mariée à 26 ans, elle eut de ce mariage une fille qui vécut trois semaines et elle fit une

fausse couche. De plus, à chaque époque menstruelle, elle souffrait de violentes migraines.

La malade avait un caractère égal, n'était pas nerveuse et s'occupait avec beaucoup de soins de son ménage.

A 38 ans, en janvier 1903, alors qu'elle était menstruée régulièrement jusque-là, ses règles s'arrêtèrent brusquement et depuis elle n'a plus jamais eu ses règles et n'a plus souffert de l'abdomen. A la même époque, elle commença à éprouver des battements de cœur, qui survenaient surtout après les repas et lors des fatigues ; ses yeux deviennent saillants et augmentent de volume.

Son mari constate des modifications profondes dans le caractère de sa femme, tant elles contrastent avec ses habitudes antérieures : elle se plaint de cauchemars, ne s'occupe plus de son ménage et ne prépare pas le dîner. Elle est prise en même temps de phénomènes qu'elle n'avait jamais éprouvés auparavant. Un soir, à un repas de famille, sans motif, elle se jette dans les bras de son mari en disant que sa voisine veut la tuer. Dans la nuit du 1^{er} février 1903, elle se réveille en proie à une crise d'anxiété que son mari décrit de la façon suivante : « Tout d'un coup, vers 10 heures du soir, elle est prise d'angoisse, de peur de mourir, a de la peine à respirer, transpire au point de tremper sa chemise, a des frissons, un tremblement général ; elle se sauve du lit, croyant que son mari allait la tuer et on la retrouve transie de froid dans un hangar à bicyclette ».

Elle était triste, avait des idées de culpabilité et de suicide : elle demandait pardon à tout le monde et essaya de se suicider en s'ouvrant les veines du poignet.

Le 3 février 1903, elle est vue en consultation par le médecin habituel de la famille qui fit le diagnostic de maladie de Basedow et à la suite de ce diagnostic elle fut internée à la maison de santé du docteur D..., qui rédigea le certificat suivant : « Mélancolie anxieuse avec délire hallucinatoire, idées de culpabilité et impulsions au suicide ».

Elle resta en traitement jusqu'au 16 décembre 1903, époque à laquelle elle fut transférée à l'Asile de Ville-Evrard. Son état ne s'était pas modifié. On constate des hallucinations multiples ; on obtient à grand-peine des bribes de réponse au milieu d'un déluge de larmes. Les idées de culpabilité

existent toujours ; la malade les avoue en disant qu'elle voulait se tuer pour ne pas faire souffrir les siens. Ce qui domine surtout c'est la tristesse, l'inertie motrice, la paralysie de la volonté. Tout travail lui est devenu impossible. Toute proposition de travail, de lecture est repoussée. Sur ce fond de dépression et de découragement se sont greffées des crises de désespoir assez violentes, pour avoir donné lieu à plusieurs tentatives de suicide. Elle se donnait des coups, s'arrachait les cheveux, cherchait à se tuer ; elle avala une aiguille pour se suicider, mais la tentative échoua et l'aiguille est sortie quelques jours après par la joue.

En avril 1905, son mari la prend en congé ; elle était calme, mais avait besoin d'être commandée comme un enfant. Elle ne s'occupe pas. Un jour elle casse la pendule d'un coup de poing et jette une boîte à la tête de sa sœur : ce sont là des impulsions que la malade ne peut expliquer. La mémoire était diminuée : elle se rappelle tout ce qui s'est passé antérieurement à sa maladie, mais oublie ce qu'on lui dit depuis 1903, c'est ainsi qu'on lui a annoncé la mort de son frère et qu'elle ne s'en souvient pas ; elle a eu, du reste, à cette nouvelle une attitude absolument indifférente.

Etat actuel. — Son attention ainsi que sa volonté sont très faibles ; les hallucinations de l'ouïe persistent. Elle est désorientée, ne sait pas où elle est, ne se rend pas compte de sa situation. De temps en temps, elle semble présenter des hallucinations visuelles. Elle prétend voir des personnes en apparition.

La mémoire est très obtuse et elle ne se rappelle plus la durée de son séjour à Ville-Evrard.

Elle est incapable de suivre un interrogatoire et après quelques réponses exactes, des larmes perlent dans ses yeux et elle refuse de répondre en disant : « qu'on la fatigue, qu'on lui fait mal. »

Au point de vue affectif, on constate une diminution de ses sentiments envers sa famille et surtout une irritabilité très marquée qui se manifeste par des colères violentes, déclenchées par la moindre chose, et pendant lesquelles elle perd toute retenue et insulte le personnel du service.

Au point de vue somatique, D..., se présente comme une

femme de taille moyenne, bien constituée, aux traits réguliers, chez laquelle on constate une obésité marquée: Son cou est fort et augmente de volume; les deux lobes du corps thyroïde sont hypertrophiés; le visage est fortement pigmenté; des plaques symétriques de xanthelasma siègent aux deux paupières supérieures. L'exophtalmie est double et très nette. Pas de signe de Stelwag ni de Möbius. L'étude du cœur ne révèle rien de bien important. Il n'y a pas de bruit de souffle à l'auscultation des orifices. Les pulsations sont de 80 par minute. Il n'y a pas d'intermittences vraies, le pouls est fort et tendu. Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine.

Le tremblement des doigts est régulier, à petites oscillations. La sensibilité dans tous ses modes est normale: Il en est de même des réflexes tendineux, cutanés et papillaires.

D..., présente des troubles vaso-moteurs très nets: elle a constamment de la rougeur de la face, des accès d'étouffement, des palpitations, des bouffées de chaleur, des frissons. Ses mains sont moites et elle se plaint d'une sensation de chaleur continue.

De toute cette histoire pathologique, on peut conclure que c'est un cas de mélancolie présentant des rapports avec les troubles des glandes à sécrétion interne, la ménopause par la cessation des fonctions ovariennes amenant la suppression d'un facteur important qui modérait la fonction thyroïdienne.

OBSERVATION XII (1)

(Personnelle).

Dégénérescence mentale. Goître exophtalmique. Mélancolie.

D..., 45 ans, entre à l'Asile de Clermont (Oise), le 20 mai 1908

C'est une femme de taille élevée, avec de nombreux stigmates de dégénérescence (asymétrie faciale, voûte palatine

(1) Observation due à l'obligeance de M. le docteur BORTEUX, médecin en chef de l'établissement.

ogivale, front petit, prognathisme des maxillaires). Dans ses antédécédents héréditaires nous ne pouvons signaler aucun détail important ; elle nous dit que sa mère avait une maladie de nerfs.

Les troubles mentaux auraient débuté depuis plusieurs mois, mais c'est depuis trois semaines environ, à la suite de la perte d'une de ses filles, morte de tuberculose pulmonaire, que le caractère de la malade s'est modifié. Elle est devenue triste, ne s'occupe plus ; elle veut se suicider tuer les petits enfants qui vivent avec elle.

On constate une légère exophtalmie double, de la tachycardie (128 pulsations), des palpitations, du tremblement des doigts et un goître de petite dimension.

La malade est très émotive, pleure facilement, elle a des cauchemars et dort mal la nuit. Elle reconnaît avoir des accès de colère, qui lui font prendre en grippe son entourage.

Pendant le mois de mai, cet état reste sans modification. Ce qui domine, c'est l'inhibition psycho-motrice. Il faut la forcer à se lever, à prendre soin d'elle-même, à s'occuper de sa toilette, à venir à table. Elle passe sa journée dans son lit où reste immobile sur une chaise, parlant à peine, donnant l'impression d'une très grande lassitude à la fois physique et mentale.

Au mois de juin, elle présente des alternatives d'excitation et de dépression. Elle dort mal la nuit, a des craintes, sans motif, gémit ; l'émotivité est exagérée ; elle s'alimente mal, refuse les aliments parce qu'elle est indigne de vivre et vit dans une inaction complète.

Au point de vue affectif, il y a diminution des sentiments affectifs envers sa famille. Elle a des accès de mauvaise humeur pendant lesquels elle se met en colère contre le personnel qui la soigne.

On trouve quelques interprétations délirantes : on la regarde de travers. Elle aurait également des hallucinations de l'ouïe, car elle a entendu à plusieurs reprises des voix qui l'accusent d'avoir assassiné.

Pendant le mois d'août et de septembre, il n'y eut pas d'amélioration. Elle refusait souvent de répondre aux questions posées ; les idées de culpabilité et d'indignité persistent : elle croit qu'elle a trop mangé, qu'elle est pourrie, empoisonnée. Sur ce fond de dépression se sont greffées des crises

de désespoir assez violentes pour avoir donné lieu à plusieurs tentatives de suicide.

Au mois de janvier 1909, elle traverse une période d'agitation de courte durée.

Au mois d'avril 1909, elle ne veut plus manger, parce qu'elle est malade, tuberculeuse, etc. Toute proposition de travail, de lecture est repoussée ; elle passe sa journée immobile sur une chaise ; elle pleure souvent.

La mémoire est conservée ; elle est bien orientée dans le temps et dans l'espace. Elle sait où elle est. « Les gens qui sont autour de moi sont fous, nous répond-elle, et moi aussi ».

Elle se prête difficilement à un interrogatoire minutieux, gardant un mutisme complet. Pressée de questions, elle s'éloigne de nous et répond : « Oh ! laissez-moi, je ne guérirai pas ; laissez-moi vous ne me guérirez pas ». Elle refuse de laisser toucher son poulx : « Oh ! ça ne sert à rien, c'est inutile ; vous n'y ferez rien ».

La malade n'a pas été réglée depuis son admission à l'Asile ; les renseignements des membres de sa famille nous ont appris que D..., n'est plus réglée depuis le début de l'année 1908, époque à laquelle ont apparu les troubles mentaux.

OBSERVATION XIII

• (Personnelle). •

Mélancolie. Ménopause. Goutte exophtalmique.

S..., blanchisseuse, âgée de 45 ans, a des antécédents héréditaires chargés. La malade a peu connu son père qui abandonna après quelques années de mariage sa femme légitime pour aller vivre avec des maîtresses. La mère exerçait la profession de blanchisseuse ; elle fut soignée pendant trois ans à l'Asile de Ville-Evrard pour des troubles mélancoliques et mourut à l'âge de 43 ans à l'Asile de Saint-Dizier.

Elle est allée à l'école jusqu'à 12 ans et elle sait lire

et écrire. Régée à 12 ans, elle n'aurait pas eu de maladies graves pendant son enfance. Mariée à 23 ans, elle eut de ce premier mariage une petite fille née avant terme, à huit mois et demi. Divorcée à 31 ans, parce que son mari l'avait quittée, elle se remaria à 34 ans et n'eut pas d'enfants de ce second mariage. Elle a continué à exercer son métier de blanchisseuse jusqu'à 43 ans, époque à laquelle survint la ménopause à la suite d'une grande frayeur.

Le 26 février 1900, à l'âge de 43 ans, S..., est internée à l'asile de Clermont parce que dans l'espace de quelques semaines, elle a fait quatre tentatives de suicide. Une première fois, elle s'est jetée dans la Seine, et il y a 15 jours, dans un puits ; elle s'était coupé une varice avec un couteau, ce qui décide la famille à demander son placement dans un asile.

Au point de vue psychique, on constate l'existence d'hallucinations de l'ouïe : elle entend des voix qui lui disent des mots grossiers et l'accusent d'aller le matin dans les caves, voler du linge ; elle a des idées de culpabilité, demande pardon à tout le monde, parce qu'elle est une coupable. L'émotivité est exagérée : elle pleure facilement et sans raison. Elle a eu également des hallucinations visuelles nocturnes (voyait des chats ensanglantés, rêves professionnels).

Au point de vue somatique, on constate un tremblement des membres, menu, à oscillations rapides et verticales. A la partie antérieure du cou, dans la région sous-thyroïdienne existe une petite tuméfaction ovalaire, lisse, régulière, de consistance pâteuse, développée manifestement aux dépens de la glande thyroïde et soulevée à chaque systole par les artères du cou. Le pouls est à 112 pulsations par minute et un peu irrégulier.

Pendant le mois de mars 1900, la malade est confuse, constamment inquiète, pleure sans motif. Elle va être punie des méfaits dont on l'accuse et proteste de son innocence.

Elle dort mal la nuit et se plaint de cauchemars.

Vers la fin de 1900, son mari la prend en congé pendant un mois, mais il la ramène à l'asile au bout de 15 jours, car il n'a pu la garder. Elle pleurait à peu près constamment se plaignait qu'on fit des allusions sur son honnêteté.

Cet état mélancolique ne s'est pas amélioré jusqu'à ce jour

et les symptômes du goître exophtalmique existent encore. Les doigts tremblent, le pouls est à 100 pulsations, par minute et le lobe droit du corps thyroïde est manifestement hypertrophié.

S..., reste triste, causant peu à ses voisins et au personnel qui la soigne. Elle est émotive et elle tremble à l'idée d'être interrogée par le médecin. La mémoire est un peu obtuse; les souvenirs récents sont oubliés depuis l'époque de son internement, mais les souvenirs anciens sont bien conservés.

Ces trois observations de mélancolie survenue à la ménopause chez des basedowiennes, nous autorisent à admettre un rapport entre le trouble de la fonction thyroïdienne et les troubles psychiques, conformément à la théorie soutenue par PARRHON et GOLSTEIN.

On sait que la mélancolie a été longtemps considérée comme une véritable entité morbide. Dans le récent traité de psychiâtrie publié sous la direction de M. le Professeur G. Ballet, nous la trouvons décrite comme un simple syndrome.

Kroepelin considère la plupart des cas de mélancolie comme de simples scènes ou états morbides appartenant à la psychose maniaque dépressive.

Les cas qui restent encore, s'ils sont nettement caractérisés, c'est-à-dire s'il ne s'agit pas d'une simple forme dépressive d'une autre maladie, telle que la paralysie générale ou la démence précoce, appartiennent à la mélancolie d'involution.

Les trois observations que nous venons de donner nous semblent pouvoir être rapportées, avec les plus grandes chances d'être dans le vrai, à cette dernière forme de mélancolie. Le fait que nos malades n'ont pas d'autres attaques mélancoliques ou maniaques, nous fait admettre qu'il s'agit de mélancolies d'involution.

Cela dit, nous nous permettons maintenant de discuter un peu la pathogénie de cette psychose, nos cas étant peut-être de nature à jeter un peu de lumière ou au moins de mettre en discussion une nouvelle hypothèse concernant ce point de la question.

Il faut d'abord nous demander si entre le syndrome mélancolie et l'hypertrophie de la fonction thyroïdienne qui existe chez ces malades, il ne s'agit que d'une simple coïncidence ou s'il existe des rapports plus étroits.

C'est cette dernière alternative qui nous semble la plus probable, l'hypertrophie thyroïdienne a débuté avec l'apparition de la ménopause et son explication doit être cherchée dans le déséquilibre apporté dans la fonction de cette glande par la cessation de l'activité antagoniste que lui opposaient alors les ovaires.

On sait en effet qu'il faut admettre à la suite des études de HERTOGHE, BLONDEL, ainsi que celles de PARRHON et GOLSTEIN qu'entre la plupart des fonctions thyroïdiennes et ovariennes il existe un antagonisme manifeste. HÆNICKE a récemment exprimé une opinion semblable.

Or, il nous semble que les troubles psychiques qui se sont installés quelques mois après la ménopause doivent être mis également en relation avec cette dernière.

Le fait que dans l'observation XI et XII, ces troubles n'ont apparu que quelques mois après la ménopause, ne nous semble pas s'opposer à cette manière de voir, car rien ne prouve que la cessation des fonctions ovariennes et nous avons en vue ici surtout la sécrétion interne, s'effectue brusquement.

Par contre les opinions généralement admises appuient notre manière de voir. C'est ainsi qu'Anglade, dans l'excellent article qu'il a consacré à la mélancolie dans le *Traité de pathologie mentale* de M. le Professeur Gilbert Bâlet, dit que la ménopause est une époque de prédilection pour la lypémanie et Krœpelin dit également que la ménopause semble donner le meilleur terrain pour la mélancolie.

Mais ce qui caractérise la ménopause n'est que la disparition de la fonction ovarienne. C'est à cette dernière cause qu'il faut donc attribuer l'apparition de la mélancolie. Mais si l'on cherche à pénétrer un peu plus ce qui se passe à cette époque, nous constatons fréquemment certains troubles, comme l'hypertrophie de la glande thyroïde, les palpitations, les bouffées de chaleur, l'exagération de la sécrétion sudorale, tous phénomènes qui traduisent l'hyperfonction de la glande thyroïde et qui constitue un syndrome basedowien allant des formes légères ou frustes jusqu'aux formes très caractéristiques.

C'est donc à une intoxication par le produit (normal ou pervers dans certains cas) de la sécrétion thyroïdienne que nous sommes amenés à attribuer en dernière analyse les troubles morbides qui caractérisent la ménopause et nous ne voyons aucune raison plausible pour considérer les troubles psychiques comme faisant exception à cette règle.

Voilà donc une des raisons pour lesquelles nous croyons qu'on doit établir un rapport de cause à effet dans nos trois cas et dans beaucoup d'autres, entre l'exagération ou l'altération de la fonction thyroïdienne et la genèse des troubles psychiques. Cette raison n'est d'ailleurs pas la seule.

On sait que la maladie de Basedow s'accompagne dans un certain nombre de cas de troubles mentaux plus ou moins accentués. Dans les cas de Paul, Koetel, Séglas, Soukanoff, Austin, Devay, Stien, Richardson etc. ces troubles étaient représentés par le syndrome mélancoliques et dans ceux de Cane, Savage, Collins on avait noté des troubles mélancoliques et de l'excitation maniaque. Ball admet que parmi les troubles mentaux signalés dans la maladie de Basedow, les plus fréquents consisteraient en mélancolie et d'autres fois en manie.

L'un et l'autre de ces auteurs sont d'avis que ces troubles font partie de la maladie en question et Devay, précisant encore plus, les attribue à l'intoxication thyroïdienne.

La présence, au cours du goître exophtalmique, de troubles semblables à ceux que nous avons notés dans nos cas, constitue une seconde raison en faveur de l'opinion que nous soutenons que ces troubles sont dus à une modification de la sécrétion thyroïdienne.

La fréquence de la manie et de la mélancolie développées sur le terrain commun de la maladie de Basedow nous semble confirmer l'opinion de Krœpelin pour lequel la plupart des cas diagnostiqués manie ou mélancolie appartient à une seule et même psychose maniaque dépressive.

D'autre part, cette même fréquence nous porte à croire qu'il est possible que dans la psychose citée, les troubles soient en rapport avec des modifications de la sécrétion thyroïdienne.

Un autre argument qui nous semble appuyer l'hypo-

thèse que nous soutenons, réside dans l'interprétation pathogénétique donnée par plusieurs auteurs à la mélancolie. C'est ainsi que pour Krœpelin la psychose maniaque dépressive semble être engendrée par des troubles des échanges. Stoner (1), dans un travail paru dans la « Revue neurologique », exprime une opinion semblable.

Or, on sait précisément quel rôle considérable exerce la glande thyroïde dans le métabolisme de notre organisme. L'opinion des auteurs cités, jointe à la constatation des troubles mélancoliques et maniaques dans des cas où on peut incriminer la glande thyroïde comme cause des perturbations du métabolisme, nous porte à penser qu'il est très possible que ce soit elle qui les produit encore ; dans d'autres cas où l'attention n'est pas directement attirée sur elle.

Mais une raison encore plus forte qui nous fait penser que la glande thyroïde doit jouer un rôle important dans l'écllosion des troubles mélancoliques, et aussi maniaques, est donnée par la fréquence prépondérante de ces troubles dans le sexe féminin. Pour Krœpelin, la mélancolie d'involution se trouve dans 60 pour 100 des cas chez les femmes, et la différence entre les deux sexes est surtout apparente à l'époque de la ménopause. Si on a en vue non seulement cette forme de mélancolie, mais la psychose maniaque dépressive, en général, la fréquence devient encore plus grande chez les femmes qui représentent d'après le même auteur les deux tiers des cas de cette psychose.

(1) STONER. *Revue neurologique*, 1901, p. 1133.

La différence est encore plus notable d'après Garnier, qui, sur 1000 aliénés, hommes, trouve 37 cas de mélancolie, tandis qu'il en trouve 150 sur le même nombre de femmes aliénées. Or, cette fréquence est caractéristique dans les maladies du corps thyroïde. On n'a qu'à se rappeler la fréquence dans le goître exophtalmique et le myxœdème de la mélancolie et de la manie.

Pour toutes ces raisons nous admettons que dans nos trois cas, les troubles mentaux doivent être mis en rapport avec des modifications dans la fonction thyroïdienne et nous pouvons avec Parrhon et Marbe émettre l'hypothèse que le corps thyroïde joue un rôle important dans la genèse d'un bon nombre de cas de mélancolie.

Cette hypothèse si elle a la chance d'être confirmée par des recherches ultérieures, pourra peut-être nous conduire à une thérapeutique pathogénique de la mélancolie et de la psychose maniaque dépressive. Il convient de rappeler ici que GAULTIER DE CHAROLLES, dans son livre sur les médications thyroïdiennes cite un cas de mélancolie guéri par le traitement en question.

CHAPITRE IV

NATURE DES TROUBLES PSYCHIQUES ASSOCIÉS A LA MALADIE DE BASEDOW

La multiplicité des formes que peuvent revêtir les troubles psychiques associés à la maladie de Basedow, les données disparates qui se détachent de l'étude de leur évolution permettent de comprendre et même de prévoir la diversité des opinions qui ont été émises sur la nature et la pathogénie de ces troubles.

Toutes ces formes ne sont pas en rapport avec la maladie de Basedow et elles peuvent apparaître en même temps qu'elle, par simple coïncidence. Les observations relatées par Raymond et Sérieux offrent à ce point de vue un intérêt de premier ordre. Avant l'apparition du goître exophtalmique un de leurs malades présenta durant de longues années, de l'émotivité, des craintes obsédantes (peur des couteaux, du verre, etc.), puis des obsessions hypocondriaques (arrêt du cœur, mort subite). Une malade de Vigouroux a présenté avant le développement de la maladie de Basedow, un accès accès mélancolique pour lequel elle fut internée.

Chez une malade de Joffroy, atteinte de lypémanie, avec idées de persécution, apparut un goître exophtalmique. Nous ne notons dans les antécédents de cette malade, ni hystérie, ni alcoolisme ; la lypémanie existe

depuis 20 ans ; les premiers symptômes du goître exophtalmique sont seulement survenus il y a trois ans. Si l'on établit une comparaison entre la marche des troubles psychiques et celle de la maladie de Basedow, on constate que la lypémanie, après avoir présenté des alternatives d'amélioration et d'aggravation pendant 17 ans, s'est atténuée au moment où le goître s'installa ; au contraire, lorsque celui-ci s'améliora à son tour, la lypémanie reparut avec une vive intensité. Joffroy admit que la malade était atteinte de deux affections différentes existant simultanément, la mélancolie et le goître exophtalmique.

La conclusion qui s'impose dans ces cas est la suivante : il n'y a entre la folie et la maladie de Basedow, aucun rapport de cause à effet.

Mais n'y a-t-il aucune relation entre les deux maladies ? En d'autres termes, le goître exophtalmique n'a-t-il pas influé sur la marche de la psychose ? Chez la malade de Joffroy, les symptômes de la lypémanie, s'atténuèrent lorsque le goître exophtalmique apparut. Chez une malade de Mairat, à partir du moment où le goître exophtalmique s'est développé, ont apparu de violentes céphalées, de l'insomnie, une sensation de chaleur généralisée par tout le corps, de l'angoisse des troubles auditifs.

Etudions maintenant les cas où la psychose débute en même temps que le goître exophtalmique ou le suit :

On ne peut nier tout d'abord que dans un grand nombre d'observations on observe dans les antécédents des malades des tares héréditaires et dans ces cas souvent, le goître exophtalmique n'est que la cause

occasionnelle des formes d'aliénation mentale qui peuvent survenir. M. DÉJÉRINE, rapporte, dans son mémoire sur « l'Hérédité dans les maladies du système nerveux », des exemples frappants d'alternance de psychoses avec la maladie de Basedow. Il cite entre autres, une observation de névropathie héréditaire suivie depuis plus d'un siècle à travers six générations où l'on voit se succéder et alterner la folie avec le goître exophtalmique.

Certains auteurs, pour nier l'existence des psychoses basedowiennes, se basent sur ce fait que leurs malades ont des antécédents héréditaires chargés, mais ces deux opinions ne sont d'ailleurs nullement inconciliables et de même qu'en pathologie infectieuse on aurait tort de ne considérer que le microbe ou seulement le terrain, il en serait de même si en psychiatrie on ne voulait voir que ce dernier ou seulement un facteur toxique endogène ou exogène. Dans chaque phénomène morbide, il est de toute nécessité de prendre en considération en même temps l'agent pathogène, le terrain sur lequel celui-ci agit et la manière dont ce terrain répond à l'action de l'agent pathogène .

A ce propos, citons l'observation suivante de PLAIGNARD. Il s'agit d'un dégénéré présentant une hérédité chargée, qui fut atteint, dans le cours d'un goître exophtalmique, d'obsessions et d'impulsions au suicide. Tant qu'il est dans une situation pécuniaire qui lui permet de vivre aisément, il n'y a rien à noter au point de vue mental ; ce n'est que le jour où sous l'influence d'une vive émotion éclate le premier accident de sa maladie de Basedow, la tachycardie, que l'on peut constater le début des troubles psychiques. D'un caractère ins-

table, il est incapable de se livrer à un travail suivi et se laisse aller à la misère. Toutes les fois que survient un choc moral, éclate un accès de goître exophtalmique, bientôt suivi de perturbations mentales graves, obsessions, impulsions au suicide. Les accès de goître exophtalmique, caractérisés par l'angoisse, de la douleur précordiale, ont été la cause occasionnelle de ces troubles psychiques présentant eux-mêmes un caractère angoissant et paraissent avoir donné une direction aux bouffées délirantes qui ont éclaté.

Dans cette observation les troubles psychiques entrent évidemment dans le cadre de la dégénérescence mentale, dont les manifestations n'ont éclaté qu'après les accès de goître exophtalmique, suivant les diverses étapes de la maladie de Basedow, s'améliorant parallèlement, car, lorsque le malade entre à l'asile, l'isolement l'éloigne de tout choc moral et l'on voit s'atténuer les symptômes de la maladie de Basedow et avec eux les bouffées délirantes. On ne saurait nier chez ce malade un rapport étroit entre l'état mental et le goître exophtalmique. Il est certain que la maladie de Basedow n'a pas été ici la cause déterminante des troubles psychiques ; mais c'est évidemment sous l'influence des accès de goître exophtalmique agissant comme cause occasionnelle, qu'ont éclaté les désordres mentaux et leur marche parallèle est bien la preuve de leur relation.

La littérature médicale contient quelques observations de maladies de Basedow où l'on ne rencontre absolument aucune espèce de prédisposition ni héréditaire, ni personnelle à l'aliénation mentale.

Notre malade de l'observation 11 et la malade de

Johnstone sont dans ce cas ; sur elles, en effet, ne pèse aucune hérédité et elles n'ont présenté aucune trouble psychique avant le développement du goître exophtalmique.

Martin rapporte un cas analogue : une femme de 32 ans, sans antécédents nerveux, fut prise de manie aiguë dans le cours d'une maladie de Basedow. Elle avait l'air égaré, parlait d'une façon incohérente et ne pouvait rester tranquille un instant ; elle criait, vociférait et proférait des jurons obscènes. Elle passait alternativement de l'état de calme à une violente agitation. L'état mental s'améliora, mais la cachexie exophtalmique fit des progrès et la malade succomba un an plus tard .

Renaut, Austin, Devay, Joffroy, Ball admettent que ces troubles psychiques sont directement un rapport avec l'altération fonctionnelle du corps thyroïde.

Nous croyons qu'aucune de ces hypothèses, prise à part, n'est suffisante pour expliquer tous les cas que présente la clinique. La maladie de Basedow est capable par elle-même de donner naissance à une psychose plus facilement sans doute, lorsque le terrain est favorable, mais encore même sur un terrain qui ne présente aucune prédisposition héréditaire ni personnelle. La nature toxi-thyroïdienne de certaines psychoses chez les basedowiens n'est pas niable.

CHAPITRE V

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Si l'on considère la grande variété des troubles psychiques liés à la maladie de Basedow, il est facile de conclure aussi combien variable sera le pronostic. En effet, les simples modifications du caractère, les divers troubles de l'intelligence et de la volonté, qui eux sont des symptômes constants du goître exophtalmique ne peuvent être comparés au point de vue de la gravité aux psychoses franches telles que la manie ou la mélancolie.

Lorsque les troubles dans l'état mental relèvent d'une névrose, hystérie, neurasthénie, le pronostic ne paraît pas devoir comporter une gravité exceptionnelle.

Dans les cas où le goître exophtalmique suit l'apparition de l'aliénation mentale, il paraît augmenter la gravité des troubles psychiques.

D'un autre côté, si l'on considère les états maniaques relatifs aux troubles de la nutrition dans le goître exophtalmique, on reconnaîtra que le pronostic est défavorable et que la maladie se termine fréquemment par la mort, après que l'agitation maniaque a suivi les fluctuations de la marche de la maladie de Basedow.

Les antécédents héréditaires ou personnels, ainsi que les tares névropathiques si fréquentes devront être mises

en ligne de compte pour l'appréciation du pronostic.

Grâce à ces commémoratifs, on peut entrevoir quelle sera l'évolution de la maladie. C'est ainsi que si l'on se trouve en présence d'un goître exophtalmique développé chez un dégénéré, le pronostic sera défavorable. On voit souvent les troubles mentaux passer à l'état chronique et la psychose devenir incurable.

TRAITEMENT.

Le caractère irritable des Basedowiens, dit M. le Professeur Gilbert Ballet (1), rend souvent illusoire, dans la famille, toute tentative thérapeutique faite avec esprit de suite.

Leur mobilité d'humeur, leurs colères soudaines, mettent souvent leurs proches dans l'impossibilité de leur faire suivre avec régularité le traitement institué par le médecin. Les luttes continuelles qu'ils ont à subir ne peuvent qu'apporter un aliment nouveau à leur irritabilité.

Il devient dès lors important de les soustraire à leur milieu pour les soumettre à une discipline qu'ils acceptent beaucoup plus facilement de la part d'étrangers que de leur famille. Ainsi la maison de santé, en supprimant les causes émotionnelles qui entretiennent leur état nerveux, se trouve, dans certains cas, comme nécessaire et indispensable. En dehors de la possibilité

(1) G. BALLET et SAINTON. Traitement et pathogénie du goître exophtalmique.

qu'a le malade d'effectuer à heure fixe et régulière les différents traitements électrique, hydrothérapique, etc., l'observance d'un régime approprié, capable de produire une augmentation de poids toujours désirable chez ces malades est plus facilement réalisable. Enfin, c'est surtout à la maison de santé qu'on peut utilement exercer sur ses sujets une psychothérapie efficace et on peut apaiser dans une large part leur déconcertant état psychique .

Lorsqu'il s'agit de psychoses, on ne doit jamais perdre de vue que le plus souvent l'amélioration de la maladie de Basedow est accompagnée d'une atténuation dans les troubles vésaniques. On commencera, si les troubles sont trop accentués, par isoler les malades et on les soumettra alors au traitement du goître exophtalmique. L'hygiène doit jouer un grand rôle ; elle doit être plus morale que physique. Les émotions seront évitées le calme sera aussi complet que possible autour du malade .

La thyroïdectomie et la section double du sympathique cervical ont donné parfois d'assez bons résultats. AUSTIN a cité deux cas de mélancolie chez des Basedowiennes guéries par l'énucléation d'une poche kystique. La chirurgie a prouvé que leur affection thyroïdienne était au moins la cause occasionnelle de leur folie.

Si nous laissons de côté ces divers agents médicamenteux employés et les méthodes chirurgicales quelquefois utiles, tantôt dangereuses, nous trouvons en définitive comme donnant de bons résultats : l'électrothérapie et les produits opothérapiques :

La *thérapeutique thyroïdienne* compte à son actif un

certain nombre de succès: BRISSAUD, dans le rapport qu'il présenta au Congrès des neurologistes et des aliénistes en 1895, rappelle les succès obtenus par Voisin, Bécclère:

Depuis que M: le Professeur GILBERT BALLEt et ENRIQUEZ ont imaginé et appliqué pour la première fois en 1895, un traitement sérothérapique de la maladie de Basedow, un grand nombre d'auteurs en Allemagne et en Suisse, ont employé à leur tour la même méthode et obtenu des résultats encourageants.

Plaignard cite dans sa thèse la guérison d'une mélancolie par l'opothérapie thyroïdienne. Il y a dans cette observation un tel rapport entre les injections de liquide thyroïdien et l'amélioration constatée qu'on est entraîné à voir là plus qu'une coïncidence, d'autant plus que tous les traitements faits antérieurement avaient complètement échoué.

Odilon Martin (1), rapporte l'observation d'un malade atteint de goître exophtalmique guéri par l'administration d'extrait de corps thyroïde.

Thomas de Genève (2), cite un cas de mélancolie chez une basedowienne améliorée et guérie par l'hémathyroïdine.

Pisante (3), cite huit observations dans lesquelles le traitement thyroïdien amena des résultats satisfaisants.

Le traitement thyroïdien est appelé à donner des résultats positifs dans les cas de goître exophtalmique nettement liés à la suractivité thyroïdienne.

(1) ODILON MARTIN. *Presse médicale*, 13 juillet 1898.

(2) THOMAS. *Bull. gén. de thérapeutique*, 1907, p. 324.

(3) PISANTE. Thèse de Paris, 1904-1905.

Cette méthode semble à ce point supérieure, qu'elle est en passe de faire oublier deux traitements opothérapiques du goître exophtalmique, dont on a souvent discuté les effets : l'emploi des préparations de thymus et d'ovaire (chez la femme).

C'est en partant de cette donnée initiale : réalité dans la plupart des cas de goître exophtalmique du phénomène hyperthyroïdisation, qu'on est amené à l'administration de ces deux produits. Les origines complexes du syndrome basedowien peuvent être rattachées à l'insuffisance pathologique des organes chargés de contrebalancer l'action de la glande thyroïde. Or, l'ovaire et le thymus paraissent comme les antagonistes physiologiques du corps thyroïde, leur insuffisance fonctionnelle fut invoquée dans la pathogénie de quelques goîtres exophtalmiques.

C'est en partant de telles considérations, qu'on a fait dans la maladie de Basedow de l'opothérapie thymique et ovarienne.

Le traitement ovarien a été administré à des basedowiennes chez lesquels on a supposé la réaction thyroïdienne liée à des lésions génitales, à l'insuffisance ovarienne. On a obtenu plusieurs fois des résultats satisfaisants par les préparations d'ovaire chez la femme.

JAYLE publia deux observations de malades améliorées par l'ovaire cru et les injections de liquide ovarique ; chez l'une d'elles, le goître exophtalmique était consécutif à une castration : l'amélioration fut nette ».

JOUIN traite deux basedowiennes à forme fruste, devenues malades à la ménopause ; « toutes les deux furent très rapidement améliorées ».

DELAUNAY (1899), fait connaître l'intéressante obser-

vation que voici : « Il s'agit d'une femme de 50 ans chez laquelle les symptômes de l'affection se sont manifestés au moment précis de la ménopause ; c'est sur cette coïncidence que je m'étais basé pour conseiller la médication ovarienne. Chez cette malade, il n'y avait, à vrai dire, que peu d'exophtalmie, mais en revanche, on notait chez elle une tachycardie extrême, accompagnée de tremblement, d'agitation nerveuse intense, d'hypertrophie du corps thyroïde, de diarrhée, de vomissements, et d'un amaigrissement très prononcé. L'opération de Jonnesco avait été repoussée par la famille et la thyroïdine n'avait donné qu'une amélioration insignifiante et tout à fait momentanée. L'administration de l'ovarienne aux doses que l'on prescrit ordinairement dans le traitement des accidents de la ménopause, amena, au contraire, presque immédiatement, une amélioration considérable et bientôt une guérison qui semble devoir être définitive ».

On doit conclure que l'opothérapie ovarienne est un traitement s'appliquant spécialement chez la femme aux symptômes basedowiens par insuffisance ovarienne, par lésions génitales.

La seule conclusion qui découle de l'étude des différents traitements est qu'aucun d'eux ne réalise la thérapeutique idéale. Il n'est pas possible d'avoir une méthode de traitement unique. Sur certaines formes les traitements généraux comme l'isolement, le repos, l'électricité, les médications toniques ou sédatives ont une action incontestable et une véritable valeur pathogénique en combattant le trouble nerveux initial. Mais

(1) DELAUNAY. *Presse médicale*, 21 janvier 1899.

telle méthode qui donne de bons résultats chez un malade se montre sans action chez l'autre. Cette inégalité d'action s'explique : il est rationnel d'admettre que s'il existe un syndrome de Basedow, multiples sont les causes capables de lui donner naissance et le traitement doit s'inspirer de l'étiologie et de la pathogénie de chaque cas.

CONCLUSIONS

I. La maladie de Basedow s'accompagne de troubles psychiques qu'on peut diviser en deux groupes :

a). Dans un premier groupe rentrent les troubles psychiques dits simples : changements de caractère, troubles de la mémoire, de la volonté, que tous les auteurs considèrent comme symptomatiques de la maladie de Basedow.

b). Dans un deuxième groupe, on peut faire rentrer les vésanies : manie, mélancolie, confusion mentale qui accompagnent parfois la maladie de Basedow.

II. Lorsque la maladie de Basedow coïncide avec l'aliénation mentale, on trouve le plus souvent dans les antécédents des malades : des tares héréditaires ou personnelles.

La maladie de Basedow est capable par elle-même de donner naissance à une vésanie, plus facilement chez les prédisposés, mais aussi sur un terrain dépourvu d'antécédents héréditaires et personnels nerveux ou mentaux.

Dans le cas où les troubles psychiques sont sous la dépendance du goître exophtalmique, ils s'atténuent en même temps que lui sous l'influence d'un traitement approprié.

Mais la plupart du temps, la vésanie n'est qu'une

affection coexistant simplement avec la maladie de Basedow et on peut trouver que le malade est en même temps, que basedowien, hystérique, alcoolique, dégénéré, etc., et rattacher à ces dernières causes la psychose. Dans ces cas, la maladie de Basedow ne fait souvent que réveiller la psychose.

Vu : *Le Président de la thèse,*
GILBERT-BALLET.

Vu : *Le Doyen,*
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris :
LIARD.



BIBLIOGRAPHIE

- Alaize.** — Thèse Montpellier, 1906.
- Andreros.** — *American Journal of Insanity*, 1870.
- Angiolella.** — Empoisonnement expérimental par la thyroïdine ; ses rapports avec la genèse de la mal. de Basedow. *Annali di hemologia*, Anno XV, p. 2, 1897.
- Austin.** Troubles psychiques d'origine thyroïdienne. Th. Lyon, 1896-97.
- Ball.** — Leçon sur les maladies mentales, 2^e édit., 1890.
- Ballet (G.).** — Des idées de persécution dans le goître exophtalmique. Soc. méd. des hôp., 28 févr. 1890.
- Le délire de persécution à évolution systématique. Publicat. du *Progrès Médical*, 1893.
 - Traitement du goître exophtalmique. Congrès de médecine. Paris, 1907. Rapport.
- Enriquez.** — Goître expérimental par injection sous-cutanée d'extrait thyroïdien. Soc. méd. des hôp. 1894.
- Barton Jacobs.** — Manie rapidement mortelle dans la maladie de Graves. *Americ. Journ. of Insan.*, juillet, 1899, p. 109.
- Béclère.** — Le thyroidisme dans ses rapports avec la maladie de Basedow, Soc. méd. des Hôp., 1884-1895.
- Biros.** — Des psychoses d'origine thyroïdienne. Th. Lyon, 1904.
- Bœdecker.** — *Charité. Annale*, 1889.
- Bœtger.** — Un cas de mal. de Basedow compliquée de folie. *Allgemeine fur Psychiatrie*. Berlin, 1877.
- Boelteau.** — Troubles psychiques dans le goître exophtalmique. Th. Paris, 1892.
- Bolnet.** — Mal. de Basedow avec troubles psychiques provoqués par l'ingestion de corps thyroïde en excès. *Revue Medic.* 1899, p. 564-565.

- Brissaud.** — Congrès des aliénistes. Bordeaux, 1895. Rapport.
- Brunet.** — Dégénérescence mentale et goître exophtalmique. Th. Paris, 1893.
- Cane.** — Goître exophtalmique et manie. *The Lancet*, 1^{er} déc. 1877.
- Charcot.** — Leçons du mardi.
- Charpentier et Courbon.** — Mal. de Basedow et psychose maniaque dépressive. Soc. méd. psychol., 28 nov. 1907.
- Clarke.** — Folie et goître exophtalmique. *American Journal of Insanity*, 1887.
- Collmann-Collins.** — Goître exophtalmique et aliénation mentale. *The Lancet*, 8 janv. 1777.
- Delasiauve.** — Phénomènes nerv. du goître exophtalmique. Soc. méd. des hôpitaux, 1874.
- Devay.** — Goître exophtalmique avec mélancolie anxieuse guéri par l'opothérapie thyroïdienne. *Arch. de neur.*, déc. 1897, p. 491.
- Dieulafoy.** — Un cas de mal. de Basedow. Cliniques, 1896, p. 184.
- Dromard et Lovassort.** — Dégénérescence mentale et maladie de Basedow. *Arch. de méd.*, janv. 1906, p. 26.
- Féré.** — Hystérie et goître exophtalmique alternes. Icon. de la Salp., 1900, p. 494.
- Ferranini.** — Psychose toxique par abus de thyroïdine. *La Riforma medica*, 7 déc. 1899.
- Gaultier de Charolles.** — Les médications thyroïdiennes. 1902.
- Geigel.** — La mal. de Basedow. *Wurzbürger Medicinische Zeitschrift*, 1866.
- Grièves.** — Mal. de Graves avec manie. *Journ. of. ment. sc.*, oct. 1903.
- Hirsch.** — *Jahrbucher fur psychiatrie*, 1893.
- Jacquin.** — Etude critique des rapports du goître exophtalmique et de l'aliénat. mentale. Th. Montpellier, 1890-1891.
- Jensen.** — Un cas de mal. de Basedow compliquée de folie. *Allgem. fur psychiatrie*, 1877.
- Joffroy.** — Rapp. de la folie et du goître exophtalmique. Soc. méd. psychol., 3 mars 1890.
- Troubles psychiques et hallucinat. dans la mal. de Basedow. Soc. méd. des hôp., 11 avril 1890.
- Nat. et trait. de la mal. de Basedow. *Progrès Méd.*, 1893.
- Johnston.** — *Journ. of ment. science*, 1884.

- Camus.** — Mal. de Basedow et psychose maniaque dépressive. Soc.méd. psychol., 28 nov. 1907.
- Landouzy.** — *Journal de médecine et de chir. pratiques*, 1886.
- Léopold Lévy.** — Les petits signes de l'insuff. thyroïdienne. *Gaz. des Hôpitaux*, 29 juillet 1907.
- Mac Clangley.** — Deux cas de folie avec goitre traités par l'extrait thyroïdien. *Arc. de neur.*, 1896, I, p. 60.
- Martin.** — Tr. psychiques dans la mal. de Basedow. Th. Paris, 1890.
- Maude.** — *Journ. of. ment. sc.*, 1896.
- Nœtel.** — Goitre exophtalmique et aliénation mentale. *Allgemeine fur psychiatrie*, 1877.
- Pader.** — Etude sur les rapports du goitre exophtalmique et de l'hystérie. Th. Paris, 1899.
- Parron et Marbe.** — Contribution à l'étude des troubles mentaux de la mal. de Basedow. *L'Encéphale*, 1906, n° 5.
- Paul.** — *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1855.
- Pillet-Touët.** — Thèse Paris, 1893.
- Pisanté.** — Tr. de la mal. de Basedow par les humeurs d'animaux éthyroïdes. Thèse Paris, 1904-1905.
- Plaignard.** — Thèse Montpellier, 1893-1899.
- Raviard.** — Sur un cas de goitre exophtalmique et hystérie avec accès d'automatisme ambulateur. Soc. centr. de méd. du Nord, [1898, p. 129.
- Raymond.** — Mal. de Basedow et folie chez une jeune fille de 19 ans. *Bull. méd.*, 31 mai 1902.
- Raymond et Sérieux.** — Goitre exophtalmique et dégénérescence mentale, R. de méd. 1892.
- Renant.** — Obs. pour servir à l'histoire des tr. cérébraux dans la mal. de Basedow. Soc. méd. des Hôp., 1890.
- Richardson.** — Mal de Basedow, cause d'aliénation. *Bull. of monut. Hope*. Retreat laboratory, 1900. p. 42-49.
- Robertson.** — *Journ. of ment. so.* Janv., 1875.
- Savage.** — Trois obs. de goitre exophtalmique avec aliénation mentale. *Guys's Hospital Reports*, 1882.
- Séglas.** — *Annales méd. psychol.*, 1890.
- Solbrig.** — Mal de Basedow et tr. cérébraux. *Allgemeine fur psychiatrie*, 1875.
- Soukanoff.** — *Revue neur.*, 1896, p. 450.

Steen. — Mal. mentale avec goître exophtalmique. *Journ. of. ment. so.*
Janvier 1903.

Taubmann. — Thèse Paris, 1903.

Trousseau. — Cliniques.

Zalphachta. — Un cas de psychose basedowienne sous forme de confusion mentale. *Rivista spitalul*, 31 oct. 1906.

